Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 3–4 Bogen. Preis vierteljährlich 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction. Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 21. 24. Mai 1898. Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstrasse 70. 45. Jahrgang.

Originalien.

Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Heidelberg.

Die operative Entfernung der Fibrome der Schädelbasis (nebst Mittheilung zweier nach neuer Methode operirter Fälle).

Von Prof. Dr. *Max Jordan*.

Die Fibrome der Schädelbasis, welche auf Grund ihrer weiteren Ausbreitung auch als Fibroide des Nasenrachenraumes, als Nasenrachenpolypen, als retromaxillare Geschwülste bezeichnet werden, nehmen ihren Ausgang vom Periost der Unterfläche des Clivus, des Keilbeinkörpers, von der inneren Lamelle des Flügelfortsatzes, manchmal auch von der Aponeurose des Foramen lacer. ant., von der Sutura petroso-occipitalis, endlich von der Fossa pterygopalatina. Bei weiterem Wachsthum füllen dieselben den Nasenrachenraum aus und senden Fortsätze in die Nebenhöhlen, welche nicht selten zuerst die Aufmerksamkeit auf den bis dahin symptomlos verlaufenden Haupttumor lenken. Die histologisch durchaus gutartige Geschwulst — sarkomatöse Degeneration derselben ist selten — führt durch zunehmende Vergrösserung zu einem klinisch bösartigen, oft tödtlichen Leiden. Der schlimme Ausgang wird oft beschleunigt durch Blutungen, welche ohne äusseren Anlass in direct lebensbedrohender Intensität auftreten können und durch den bisweilen sehr beträchtlichen Gefässreichthum der Geschwulst hervorgerufen werden (Angiofibrome, cavernöse Fibrome).

Durch die Beobachtungen von Legouest, Gosselin, Lafont und neuerdings von Bruns[1]) und König[2]) ist die interessante Thatsache festgestellt worden, dass die Fibrome der Schädelbasis, welche am häufigsten im zweiten Lebensjahrzehnt und zwar fast ausnahmslos bei männlichen Individuen vorkommen, nach dem 25. Jahre eine ausgesprochene Neigung zur Rückbildung zeigen, welche selbst zur Spontanheilung führen kann. Für die Prognose und Therapie des Leidens ist diese Erfahrung von hervorragender Bedeutung, denn es ist durch dieselbe die Aussicht eröffnet, die Patienten der Heilung entgegen zu führen, wenn es nur gelingt, während der Wachsthumsperiode lebensbedrohende Folgezustände der Tumoren fernzuhalten.

Die Beseitigung der Geschwülste kann auf unblutigem oder blutigem Wege herbeigeführt werden: durch Abtragung mittels des Ecraseurs oder der galvanokaustischen Schlinge, durch Elektrolyse, endlich durch Exstirpation von den natürlichen Oeffnungen oder von künstlich geschaffenen Zugängen aus. Die obenerwähnte Möglichkeit spontaner Rückbildung kann zu Gunsten milder Eingriffe herangezogen werden und in der That rieth man neuerdings von radicalen Operationen ab und empfahl schonendes Vorgehen. Bruns[3]) schlug vor einigen Jahren vor, die Tumoren nicht in toto, sondern in ihren einzelnen Abschnitten anzugreifen, den pharyngealen Antheil durch häufig wiederholte galvanokaustische und elektrolytische Behandlung im Wachsthum bis zur Altersgrenze aufzuhalten und die peripheren Ausläufer, speciell den retromaxillaren durch temporäre Jochbeinresection (einen relativ leichten Eingriff) behufs Exstirpation zugänglich zu machen. In 2 nach diesem Modus behandelten Fällen erzielte er vollständige und dauernde Heilung. Auch König[4]) redete neuerdings einer Vereinfachung der Operationsmethoden das Wort und empfahl die Entfernung der Geschwulst mittels langgestielter, scharfer Löffel, welche nach medianer Spaltung der Nase hinter den Tumor geführt werden. Bestimmend für diese conservativere Richtung war, abgesehen von der natürlichen Heilungsmöglichkeit, auch der Umstand, dass es mit keiner der gebräuchlichen Voroperationen gelingt, die Wurzel der Geschwulst behufs ausgiebiger Zerstörung vollständig frei zu legen und ferner die mit den Voroperationen, besonders der temporären Oberkieferresection, verbundene directe Lebensgefahr: Bruns und König verloren je einen Kranken auf dem Operationstisch durch Blutung.

In allen Fällen, in denen keine Eile Noth thut und bei denen keine besonderen Complicationen bestehen, wird man daher mit rhinologischen und einfachen chirurgischen Behandlungsmethoden sich begnügen können, wobei man etwa auftretende Recidive immer wieder angreift, bis der Patient die schützende Altersgrenze überschritten hat. Mit diesem palliativen Vorgehen kommt man aber in einer nicht kleinen Zahl von Fällen nicht zum Ziel, indem lebensbedrohende Folgezustände, in erster Linie heftige Blutungen, eine rasche und sichere Ausrottung des Tumors dringend indiciren. Da bei der grossen Neigung mancher Fibrome zu Haemorrhagie schon das Anfassen derselben mit Instrumenten gefährlich ist, ist man genöthigt, von dem Arbeiten im Dunklen Abstand zu nehmen und sich breiten Zugang zum Tumor zu verschaffen, um die bei der Exstirpation einsetzende Blutung sofort sicher beherrschen zu können. An 3 Stellen hat man die Bresche gelegt: nämlich am Gaumen, an der Nase und am Oberkiefer.

Auf Grund einer ungünstigen, in unserer Klinik gemachten Erfahrung, möchte ich die Spaltungen des weichen Gaumens, wie sie in verschiedener Weise von Manne, Diefenbach, Maisonneuve und Hüter, sowie von Boeckel vorgeschlagen wurden, widerrathen. Da der Verschluss der Incisionswunde in Folge nothwendig gewordener, ausgedehnter Tamponade nicht selten secundär ausgeführt werden muss, besteht die Gefahr des Zurückbleibens von Fisteln oder der Entstehung narbiger Verkürzung des Gaumensegels, welche zu sehr unliebsamen, dauernden Sprachstörungen Veranlassung geben kann.

Die theilweise oder vollständige Entfernung des harten Gaumens bei Erhaltung des mucös-periostalen Ueberzuges nach Nélaton und Gussenbauer wird zweckmässiger durch die osteoplastische Aufklappung, wie sie kürzlich von Kocher[5]), Haabs[6]), Partsch[7]) empfohlen und in je einem Falle erfolg-

[1]) Bruns: Zur Operation der Nasenrachenpolypen. Bruns Beiträge zur klinischen Chirurgie Bd. 11. 1894.
[2]) König: Lehrbuch der spec. Chirurgie 7. Aufl. I. Bd. 1898
[3]) l. c.
[4]) l. c.
[5]) Siehe Lanz: Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 35, p. 423, 1893.
[6]) Haabs: Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 47. Heft 1. S. 100. 1897.
[7]) Partsch: 27. Congress d. deutsch. Gesellsch. f. Chirurg. 1898

reich ausgeführt wurde, ersetzt, falls man die künstliche Oeffnung im Bereich der Mundhöhle anlegen will.

Die Gaumenresectionen haben den zweifellosen Vortheil, dass äussere Narbenbildung und Entstellung vermieden wird, andererseits aber den Nachtheil, dass sie nur einen beschränkten Zugang zur eigentlichen Geschwulstbasis gewähren und die genügende Freilegung der Geschwulstfortsätze, speciell des retromaxillaren, temporalen und orbitalen nicht ermöglichen. Den natürlichen Zugang von der Nase aus suchte König durch einfache Spaltung des Nasenrückens etwas seitlich von der Mittellinie zu erweitern und Langenbeck und Linhart empfahlen die temporäre Resection des Process. nasal. des Oberkiefers und des entsprechenden Nasenbeins, um eine grössere Oeffnung zu schaffen. Beide Methoden erleichtern die Einführung von Extractionsinstrumenten an die Geschwulstbasis und ermöglichen die Entfernung der nasalen Fortsätze des Fibroms, machen aber den Nasenrachenraum selbst nicht eigentlich zugänglich. Letzteres Ziel wird weit besser erreicht durch die Aufklappung der halben oder ganzen Nase nach Ollier (von oben nach unten) oder nach Chassaignac-Bruns (in seitlicher Richtung). Durch theilweise Entfernung der Nasenmuscheln kann man den durch die Aufklappung gewonnenen Raum noch wesentlich erweitern, doch reicht der Letztere zu ungehindertem Operiren an der Insertionsstelle der Geschwulst und zur Freilegung der seitlichen Ausläufer, speciell des retromaxillaren nicht aus. Am meisten Einblick gewährt zweifellos die Resection des Oberkiefers, welche früher von Flaubert, Mirault und Syme auch bei den Fibromen ausgeführt, heutzutage nur bei malignen, mit dem Knochen verwachsenen Tumoren Berechtigung hat. Einen wesentlichen Fortschritt in der Therapie unserer Geschwülste bedeutete daher das Verfahren Langenbeck's, welcher die temporäre Aufklappung des Oberkiefers und die Wiedereinheilung desselben nach der Exstirpation der Geschwulst lehrte.

Man umgrenzt mit dem Messer einen zungenförmigen Lappen, dessen Basis dem Proc. frontal. des Oberkiefers entspricht, während die Spitze am Jochbogen, der obere Rand am unteren Orbitalrand und der untere am unteren Jochbeinrand gelegen ist. Den Hautschnitten entsprechend wird der Oberkiefer aus seinen Verbindungen mittels Säge und Meissel gelöst und schliesslich am Proc. nasal. infrangirt und gegen die Nase zu umgeklappt.

Durch die Aufklappung werden die Fossa retromaxillaris, temporalis, die Orbita, die Highmorshöhle selbst und Nasenhöhle eröffnet, aber eine ausgiebige Freilegung der Schädelbasis wird auch durch dieses Verfahren nicht erreicht.

In 2 Fällen, welche ich im letzten Jahr zu operiren veranlasst war, und bei welchen speciell die Aufgabe bestand, die Wurzel der Geschwulst an der Schädelbasis gründlich zu zerstören, versuchte ich behufs Gewinnung grösserer Zugänglichkeit eine Modification der bisher gebräuchlichen Methoden, nämlich eine Combination der temporären Kiefer- und Nasenresection. Da sich dieselbe vorzüglich bewährte und in dem ersten Fall die Heilung des fast aufgegebenen Patienten ermöglichte, dürfte eine genauere Beschreibung des Verfahrens und die ausführlichere Mittheilung der Krankengeschichten von Interesse sein.

I. Fall. Am 24. VII. 1897 trat der 17jährige Landwirth S. wegen einer Nasenrachengeschwulst, welche schon seit 4 Jahren die Nasenathmung behinderte, in die Klinik ein. Es waren bereits 2 operative Eingriffe, der eine von der Nase, der andere vom Mund aus, vorgenommen worden, aber ohne dauernden Erfolg. Bei dem kräftigen und sonst gesunden Manne, war die linke Nasenseite stark aufgetrieben und zwar durch einen im Niveau der äusseren Nasenöffnung sichtbaren, mit Schleimhaut überzogenen glatten Tumor. Die Digitaluntersuchung des Rachens ergab eine mehrlappige, den Nasenrachenraum ausfüllende Geschwulst, welche nur zu beiden Seiten noch etwas Zugang zu den Choanen offen liess. Nach dem Ergebniss der später vorgenommenen Untersuchung handelte es sich um ein sehr gefässreiches Fibrom (Angiofibrom). Am 26. VII. wurde der Versuch gemacht, durch Aufklappen der linken Nasenhälfte von einem am Seitenrand entlanglaufenden Schnitt aus den Polypen zu entfernen. Allein diese Voroperation war schon mit ziemlich beträchtlicher Blutung verbunden, und als der Polyp behufs Extraction mit der Zange gefasst und vorgezogen wurde, entleerten sich neben kleinen Geschwulststücken solche Ströme von Blut, dass die Operation abgebrochen und die Nase unter Offenlassen der Wunde fest tamponirt werden musste. Am Nachmittag post operationem trat starke Nachblutung auf, die erneute Tamponade mit Ferripyringaze erforderte. Die Anaemie war eine so erhebliche geworden, dass in den folgenden Tagen reichliche Excitantien, besonders Klysmata gegeben werden mussten. Am 2. VIII. hatte sich Patient indessen wieder soweit erholt, dass zur Entfernung der Hauptgeschwulst geschritten werden konnte. Zu diesem Zweck wurde am hängenden Kopf der weiche Gaumen in ganzer Länge gespalten, die Geschwulst, welche breitbasig dem Rachendach aufsass, mit der Zange nach dem Mund zu herabgezogen und so weit als möglich entfernt. Auf vordere und hintere Tamponade stand die auch diesmal sehr heftige Blutung. Die Gaumenwunde musste offengelassen werden. In den nächsten Tagen stellte sich starke Schwellung der Rachengebilde mit Athemnoth ein, die vorübergehend bedrohlich erschien, es kam ferner zu höherem Fieber und zu übelriechender Secretion. Am 14. VIII. ergab die Untersuchung, dass der Nasenrachenraum wieder vollständig von Geschwulstmassen ausgefüllt war, dabei war die Anaemie eine sehr grosse. Am 18. VIII. erfolgte plötzlich ohne äusseren Anlass eine intensive Blutung, welche zwar bald durch vordere und hintere Tamponade zum Stehen gebracht wurde, die Anaemie aber fast bis zur Pulslosigkeit steigerte. Der Schwächezustand war ein derartiger, dass ein nochmaliger erheblicher Blutverlust den Exitus letalis herbeiführen musste.

Unter diesen Umständen beschloss ich, nach Rücksprache mit den Eltern, einen letzten lebensrettenden Versuch zu machen. Da ein solcher nur dann Aussicht auf Erfolg bot, wenn es gelang, auch die letzten Geschwulstreste an der Schädelbasis zu entfernen, musste ein breiterer Zugang geschaffen werden. Ich kam daher auf die Idee, die gleichzeitige Aufklappung des l. Oberkiefers und der Nase und zwar beider in entgegengesetzter Richtung auszuführen.

Von den Endpunkten der granulirenden Incisionsöffnung aus am l. Nasenrand wurden Querschnitte zum r. Nasenflügel, resp. zum r. inneren Augenwinkel geführt, unten die Spina nasal. ant. durchmeisselt und das knorpelige Septum mit der Scheere eingeschnitten, oben die Verbindung der Nasenbeine mit dem Stirnbein durchtrennt und das knöcherne Septum schräg nach unten und hinten durchschnitten. Nach Infraction der Verbindung des r. Nasenbeines mit dem Oberkiefer konnte nun die ganze Nase nach r. herübergeklappt werden. Ein vom unteren Wundende aus horizontal etwa 4 cm weit nach l. geführter Schnitt legte den l. Oberkiefer frei, welcher nach Einführung eines Elevatoriums durch's Foramen spheno-palat. von der Apertura pyriform. aus durchsägt wurde. Ein zweiter Schnitt führte vom oberen Wundende dem unteren Orbitalrand entlang zum Processus frontalis des Jochbeines und legte nach Abheben des Bulbus nebst Periost den Orbitalboden frei, welcher unter Schonung des Ductus nasolacrymalis durchmeisselt wurde. Nachdem nun noch der Stirnfortsatz des Jochbeins von der Fiss. orbital. infer. aus mit Drahtsäge durchtrennt war, hing der Oberkiefer nur noch mit dem Jochbogen zusammen und konnte nach Infraction des letzteren nach aussen, d. h. nach l. umgeklappt werden. Fig. Ia[8]) veranschaulicht die Schnittführung, Fig. Ib illustrirt den durch das Zurücklegen der Hautknochenlappen erzielten Einblick in den Nasenrachenraum und die Nebenhöhlen desselben. Die l. untere Muschel wurde vollständig, die mittlere zum Theil excidirt. Beim Versuch, den Tumor vorzuziehen, blutete es sofort wieder, wesshalb nach vorläufiger Tamponade zur Operation am hängenden Kopf übergegangen wurde.

Mit der geschlossenen Scheere und dem Elevatorium wurde nun die Geschwulst sammt Periost von der Schädelbasis und den benachbarten Höhlen abgeschält und exstirpirt und zwar zunächst ein über daumendickes und -langes Stück und in zweiter Linie mehrere kleinere Geschwulstpartien. Die Blutung wurde durch Tamponade gestillt und das Geschwulstbett, d. h. der blossliegende Knochen ausgiebig thermokauterisirt. Reposition der Nase und des Oberkiefers und exacte Vereinigung der Hautwunden durch Seidennähte. Der die grosse Wundhöhle tamponirende Jodoformgazestreifen wurde zur linken Nasenhöhle herausgeleitet. Vor Beendigung der Operation erreichten die Anaemie und Pulsschwäche einen so bedrohlichen Charakter, dass eine Kochsalzinfusion von 200 g am Oberschenkel und dann noch eine Transfusion von 600 g in die Vena median. cubit. ausgeführt wurde.

[8]) Photographische Aufnahme von Leichenpräparaten.

Der Verlauf war günstig, bei reichlicher Verabreichung von Excitantien erholte sich Patient allmählich von dem Blutverlust, doch war die Anaemie nach 24 Stunden noch so stark, dass bei Einstich in die Fingerbeere (behufs Blutkörperchenzählung) sich kein Tropfen Blut entleerte. Am 22. VIII. wurden einige Nähte

Fig. Ia.

entfernt und der Tampon gelockert wegen aufgetretenen Fiebers. Am 26. wurde der Rest der Nähte und die Tamponade entfernt. Am 28. war das Fieber abgefallen, eine leichte Stichcanaleiterung

Fig. Ib.

zurückgegangen und hatte sich Patient sichtlich erholt. Am 10. IX. war die Wunde bis auf einen kleinen Granulationsknopf am inneren Augenwinkel vollständig geheilt und der Allgemeinzustand hatte sich soweit gebessert, dass der Verschluss der sehr störenden Gaumenspalte in Chloroformnarkose vorgenommen werden konnte.

Die Heilung der Gaumenwunde erfolgte bis auf eine 3/4 cm lange Stelle, welche sich übrigens secundär spontan schloss. Am 30. IX. wurde Patient geheilt entlassen. Bei der Nachuntersuchung Anfangs Mai war der Status folgender: Patient sieht blühend aus, hat vorzüglichen Ernährungszustand, fühlt sich völlig gesund und verrichtet seit Monaten andauernd schwere Arbeit als Landwirth, ohne Beschwerden zu haben. Wie ein Blick auf Fig. Ic ergibt, kann von Entstellung des Gesichtes kaum die Rede sein. Die Nase hat nach Aussage der Angehörigen die gleiche Configuration wie in früheren Jahren. Die Narben sind wenig auffallend, die untere Nasennarbe überhaupt nicht, die obere Kiefernarbe nur wenig sichtbar. Nase und Oberkiefer sind vollständig fest eingeheilt. Beide Nasenhälften sind für Luft frei durchgängig, das Septum ist continuirlich und fest, aber nach rechts ausgebogen (wahrscheinlich in Folge der linkerseits ausgeführten Tamponade). Die untere linke Muschel fehlt ganz, von der mittleren ist nur ein Rest vorhanden. Bei der Rhinoskopia poster. constatirt man glatte Schleimhautauskleidung des Rachendaches, und abgesehen von Schleim- und Borkenbildung)Zeichen eines noch bestehenden Katarrhs) nichts Abnormes, namentlich keine Spur von Recidiv. Das Gaumensegel ist durch Narbenbildung erheblich verkürzt und die Sprache in Folge dessen stark näselnd. Die Function der Gesichtsmuskeln der operirten Seite ist ungestört.

Fig. Ic.

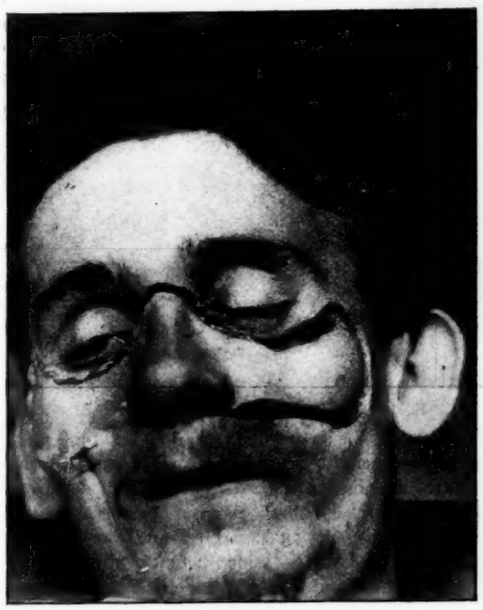


Fig. IIa.

Die Aufklappung des Oberkiefers wurde nach aussen durch Infraction des Jochbogens bewerkstelligt, also in umgekehrter Richtung wie bei dem typischen Langenbeck'schen Verfahren. Diese Modification des letzteren ist übrigens, wie mir ein nachträgliches Studium der einschlägigen Literatur ergab, bereits von O. Weber[9]) empfohlen und neuerdings von Kocher[10]) befürwortet worden. Die Verbindung der Nasen- und

[9]) Weber: Die Krankheiten des Gesichts in Pitha-Billroth's Handbuch der Chirurgie, S. 212.

[10]) Kocher: Chirurg. Operationslehre 1897, S. 91.

Kieferresection fand ich aber nirgends beschrieben, so dass ich dieselbe als neue Methode ansprechen darf.[11])

II. Fall. Josef F., 18jähriger Knecht, trat am 15. II. 1898 in die Klinik ein. Seit 2—3 Jahren litt Patient an Athembeschwerden, welche allmählich zunahmen und in letzter Zeit sich so steigerten, dass er oft plötzlich die Arbeit aussetzen musste. Blutung war nie aufgetreten. Die Untersuchung ergab, dass der Nasenrachenraum durch einen etwa apfelgrossen Tumor vollständig ausgefüllt war. Da keine bedrohlichen Erscheinungen vorhanden waren, wurde Patient der ambulatorischen Klinik für Nasen- und Kehlkopfkranke zur Behandlung überwiesen und wurde daselbst am 8. II. die Geschwulst mittels der galvanokaustischen Schlinge so weit als möglich abgetragen und exstirpirt. Der zurückgebliebene Stumpf wurde weiterhin mit Elektrolyse behandelt. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab ein zellreiches Fibrom, mit stellenweise myxomatösem Charakter. Trotz fortgesetzter Elektrolyse erfolgte von Mitte März ab ein stärkeres Wachsthum der Geschwulstbasis mit zunehmenden Beschwerden und das linke Nasenloch war für Luft wieder ganz undurchgängig. Unter diesen Umständen hielt ich eine radicale Exstirpation für das Sicherste, zumal die zellreichen Partien des Präparates den Verdacht beginnender sarkomatöser Degeneration erweckten.

Da die Indication bestand, speciell die Wurzel der Geschwulst ausgiebig zu zerstören, musste breiter Zugang zur Schädelbasis geschaffen werden. Auf Grund der günstigen, im Falle I gemachten Erfahrung combinirte ich die Nasen- und Oberkieferaufklappung, aber diesmal in der Weise, dass der l. Oberkiefer und die Nase in einem Stück resecirt und nach rechts herübergelegt wurden.

Fig. IIb.

Der untere Schnitt wurde vom r. Nasenflügel horizontal bis zur Mitte des Jochbogens, der obere von der Gegend des r. inneren Augenwinkels über die Nasenwurzel, weiterhin am unteren Orbitalrand entlang zum Stirnfortsatz des Jochbeins geführt und die Endpunkte beider Schnitte durch eine bogenförmige Incision vereinigt. Die Spina nasal. ant. wurde nun durchmeisselt, das knorpelige Septum schräg nach hinten eingeschnitten, der Oberkiefer von der apertura pyriformis aus horizontal durchsägt, Jochbogen und Stirnfortsatz des Jochbeins mit der Drahtsäge durchtrennt, zuletzt der Boden der Orbita, die Nasenwurzel und das knöcherne Septum durchmeisselt. (Siehe Fig. IIa).[12]) Der Oberkiefer hing jetzt nur noch durch seinen Nasenfortsatz mit der l. Nasenhälfte zusammen und wurde nach Infraction des r. Nasenbeines sammt der Nase nach rechts herübergeklappt. Das Geschwulstterrain lag damit in ganzer Ausdehnung frei zu Tage, wie Fig. IIb anschaulich demonstrirt. Ohne Schwierigkeit liess sich die Exstirpation der Geschwulstreste von der Schädelbasis bewerkstelligen. Das Periost wurde mit entfernt und der Knochen thermokauterisirt. Tamponade der Wundhöhle mit Jodoformgaze, welche zum l. Nasenloch herausgeleitet wurde. Reposition des Oberkiefer-Nasenlappens und exacte Vereinigung durch Seidennähte. Die Blutung war verhältnissmässig gering. Der Wundverlauf war ein ungestörter, die Nähte wurden vom 4. Tage ab, die Tamponade am 5. Tage entfernt. Die Wunden heilten linear und konnte Patient am 15. April geheilt entlassen werden.

Die Nachuntersuchung am 3. Mai ergab: Narben strichförmig, nur wenig auffallend (s. Fig. IIc). Nase und Oberkiefer knöchern fest eingeheilt, ebenso das Septum der Nase consolidirt. Die Nase für Luft beiderseits durchgängig. Ausser den Zeichen eines Nasenrachenkatarrhs nichts Abnormes. Patient hat gesundes Aussehen und hat keinerlei Beschwerden.

Fig. IIc.

Beide Methoden der combinirten Nasen- und Oberkieferaufklappung, welche in den beschriebenen Fällen zur erfolgreichen Anwendung gelangten, legen das Geschwulstterrain weit ausgiebiger frei, als die bisher gebräuchlichen, osteoplastischen Resectionen. Die Operation ist nur wenig eingreifender als die Langenbeck'sche Oberkieferresection, und die durch dieselbe hervorgerufene Narbenbildung kaum entstellender, als bei letzterer, da die Quernarben der Nase nicht oder nur unbedeutend sichtbar sind. Kosmetisch besser war das Resultat im Falle II, weil bei der einheitlichen Aufklappung von Kiefer und Nase die verticale Narbe am Seitenrand der Nase wegfällt. Gegenüber den modernen, temporären Resectionen des harten Gaumens hat unser Verfahren allerdings den Nachtheil, dass sichtbare Zeichen des stattgehabten Eingriffs zurück bleiben. Indessen kann dieser Nachtheil, abgesehen davon, dass er durch den grossen Vortheil weit besserer Freilegung des Operationsfeldes reichlich aufgewogen wird, auch desshalb nicht in die Wagschale fallen, weil es sich bei der in Rede stehenden Erkrankung fast stets um männliche Kranke handelt und die Indication zum Eingriff durch lebensbedrohende Complicationen bestimmt wird.

In allen den Fällen von Fibromen der Schädelbasis, bei welchen die schonende Behandlung erfolglos blieb und Veranlassung zu radicalem Vorgehen besteht, dürfte daher das von mir geübte Verfahren als zweckmässig zu empfehlen sein.

Zur Operation der harten Schädelgrundpolypen (Basisfibrome bezw. Fibrosarkome) nebst Bemerkungen über Nasenpolypen*).

Von Sanitätsrath Dr. *Hopmann*.

Die unter der Aegide von Voltolini verfasste Dissertation, welche Bensch[1]) im Jahre 1878 über Nasenrachenpolypen herausgab, ragte so weit über andere Arbeiten dieser Art hervor, dass die meisten späteren Autoren seine Unterscheidung zwischen «typische Nasenrachenpolypen» und «Basisfibrome» annahmen. Ersteren schrieb B. eine grössere Wachsthumsenergie zu, in Folge deren sie durch die Löcher und Spalten des Schädelgrundes in

[11]) Herr Geh. Rath Czerny ist übrigens, wie ich nachträglich von ihm erfahre, schon Ende der 70er Jahre in einem Falle von Nasenrachenfibrom in gleicher Weise vorgegangen.

[12]) Fig. IIa und b sind photographische Aufnahmen von Leichenpräparaten.

*) Vortrag mit Demonstration von Geschwülsten, mikroskopischen Präparaten und Kranken, gehalten in der «Vereinigung Westdeutscher Hals- und Ohrenärzte» zu Köln am 17. April 1898.

[1]) Beiträge zur Beurtheilung der chirurgischen Behandlung per Nasenrachenpolypen. Breslau 1878.

die Nachbarräume mit Fortsätzen eindringen, welche dort wandständige Verwachsungen eingehen und Druckerscheinungen erregen. Auch sei ihre Neigung zu oberflächlicher Verschwärung und Blutung erheblich. Letztere, die Basisfibrome, sollen dagegen langsam wachsen, niemals Fortsätze erzeugen und nur ausnahmsweise bluten oder oberflächlich verschwären.

Dieser Eintheilung kann ich keine andere Berechtigung einräumen, als die, dass sie eine Erscheinung, welche gelegentlich bei allen Geschwulstarten auftritt, das rapide Wachsthum nämlich, einseitig hervorhebt.

Im Uebrigen handelt es sich bei allen diesen, von irgend einer Stelle des Schädelgrundes, sei es vom pharyngealen oder nasalen Abschnitte desselben ausgehenden Neubildungen um Bindegewebsgeschwülste, welche entweder als harte Fibrome zu bezeichnen sind (wenn die elastischen Fasern in ihnen überwiegen), oder als Fibrosarkome (wenn sie reich an Zellen sind). Beide enthalten gewöhnlich reichlich cavernöse Hohlräume venöser Art von sehr zarter Wandung; auch sind sie nicht immer frei von Drüsenbestandtheilen.

Ihre ausgesprochene Neigung zu nekrotischem Zerfall an einzelnen Stellen der Oberfläche erklärt die häufigen, oft bedenklichen Blutungen hinlänglich. Ihre derbe, lederartig zähe Beschaffenheit beruht ausschliesslich auf ihrem Reichthum an verfilztem elastischem Gewebe, was sie histologisch von den aus areolärem Gewebe locker aufgebauten, weichen, oedematösen Fibromen trennt, welche einen ausgesprochen spongiösen Charakter tragen. Letztere können übrigens klinisch den Basisfibromen ähnlich werden; dann nämlich, wenn sie rapid wachsen, die Knochen auseinanderdrängen und den Nasenrachenraum ausfüllen. Doch besitzen sie einen eigentlichen Stiel, da ihr Ausgangspunkt die nasale Schleimhaut ist; ihre Fortsätze verwachsen selten mit der Umgebung und bluten fast nie. Das unterscheidet sie von den breit und flächenhaft vom Periost der Basis oder dem Bindegewebe der Fibrocartilago basilaris ausgehenden harten Geschwülsten, welche auch in ihrem Weiterwachsthum mehr diffus in die Fläche gehen und knollenartige oder glatte, halbkugelige breite Gebilde mit Fortsätzen darstellen. Die oedematösen Fibrome bilden gestielte, pendelnde Geschwülste, welche ihrer Schwere folgend, nach abwärts sich senken, so dass sie bei energischem Wachsthum tief in den Nasenrachenraum, ja selbst bis zum Speiseröhrencingang vordringen können.

Ein hervorragendes Beispiel letztgenannter Gattung von oedematösen Fibromen möchte ich Ihnen hier der Gegenüberstellung wegen kurz mittheilen unter Vorzeigung der entfernten Polypen.

Diese Geschwulstmassen hier, welche noch jetzt nach 15 jähr. Schrumpfen in Weingeist riesig genannt werden können, stammen von einem 60jährigen Manne, der mit schnarchendem Athmen, ganz cyanotisch eines Tages am Arme seines Sohnes heranwankte. Er machte den Eindruck eines schwer Kachektischen, der dem Ersticken nahe ist. Der Gestank aus dem Munde wies auf den Sitz des Leidens hin. Bei geöffnetem Munde schien die Zunge aufgetrieben und ihre Oberfläche bis zur Zahnreihe in eine jauchig zerfallene Geschwulst mit zottigen Rändern verwandelt, wie bei vorgeschrittenem Carcinom. Der Sohn erzählte dann Folgendes: Patient litt schon seit 12 Jahren an zuerst linksseitiger, seit einigen Jahren auch rechtsseitiger Nasenverstopfung, sowie an Schluckbeschwerden. Nachts schnarchte er so stark, dass er im ganzen Hause gehört wurde und hatte, namentlich häufig seit einigen Monaten, Erstickungsanfälle. Bei einem solchen Anfall stiess sich vor 8 Tagen aus der Nase ein Polyp ab, der die Länge und Dicke eines halben Fingers hatte. Vor 2 Tagen gerieth nun bei einem neuen Suffocationsanfall eine Geschwulst in den Mund, die den Kranken unfähig zum Sprechen und Schlucken macht und die Athemnoth sehr gesteigert hat.

In der That finde ich nun bei näherer Untersuchung der ulcerirten Zungengeschwulst dieselbe frei beweglich der gesunden Zunge aufliegend; sie war ganz flach abgeplattet und hatte sich der Oberfläche der Zunge adaptirt. Nach ihrer sofortigen Abtragung mittels Glühschlinge erwies sie sich als das durch Entzündung und Eiterung veränderte Ende einer gewaltigen Schleimpolypenmasse, welche jetzt im Rachen sichtbar wurde und dort tief herabhing; sie stammte aus der linken Nasenhöhle, welche ebenfalls mit Schleimpolypen gefüllt war. In der rechten Nasenhälfte sassen nur wenige Schleimpolypen, welche aber diese ganz verstopften, weil die Scheidewand sich sehr erheblich nach rechts auswölbte. Nach Entfernung aller Polypen fanden sich der ganze Rachen vom Gewölbe bis zum Aditus oesophagi und die linke Nasenhöhle kolossal erweitert, letztere durch Ausbauchung des Septums nach rechts hin. Es war nun klar, dass in Folge der Beweglichkeit, welche die durch die linke Choane bis in den unteren Rachenraum und tiefer herabgewachsene Polypenmasse nach der spontanen Abstossung eines ziemlich grossen Schleimpolypen erlangt, ein Würg- oder Hustenanfall das unterste, durch den Druck der Speisen abgeplattete und vereiterte Ende der Polypenmasse in die Mundhöhle hinaufgeschleudert hatte, wo es nun gleichsam incarcerirt war. Die von mir entfernten Polypen wogen über 84 g. Der Erfolg war, wie eine Untersuchung des Mannes 15 Monate nach der Operation ergab, in jeder Hinsicht zufriedenstellend, da sich keine neuen Polypen mittlerweile gebildet hatten.

Alle Polypen zeigten die von mir beschriebene[2]) Structur des oedematösen weichen Fibroms, welches, wenn auch nicht drüsenfrei, so doch auffällig drüsenarm ist, so dass nach dem Grundsatze: A potiore fit denominatio, dasselbe nicht zu den Adenomen gerechnet werden kann. Dieses hat u. A. Zuckerkandl bestätigt. Dass unter den sog. Schleimpolypen der Nase auch Adenome, d. h. mit reichlichen Drüsenelementen, selbst Drüsenhypertrophien durchsetzte Polypen sich befinden, habe ich nie geleugnet, sondern im Gegentheil diese Varietät der Schleimpolypen unter der Bezeichnung Drüsenpolypen oder Fleischpolypen nebst einer dritten, welche ich papilläre Hyperplasie der unteren Muscheln bezw. weiches Papillom oder Himbeerpolyp nannte, ausdrücklich aufgestellt und vorgeschlagen, den allgemeinen Namen, welcher bis dahin alle verschiedenen Varietäten der gutartigen Nasenpolypen bezeichnete, den Namen «Schleimpolyp» nur dem oedematösen weichen Fibrom zu geben, welches am häufigsten vorkommt. Letztere hielt man früher auf Grund der Untersuchungen von Billroth vom Jahre 1854 für Adenome, später häufig für Myxome. Doch wies ich nach[3]), dass sie nur einen verschwindend kleinen Gehalt an Mucin gegenüber ihrem Hauptgehalt an Albuminserum besitzen. Selbstredend haben die Adenome einen relativ grösseren Gehalt an Mucin. Dieses als Antwort auf die neuesten Untersuchungen Okada's[4]), auf welche ich anderswo wohl noch einmal zurückkommen werde.

Hatte nun der beschriebene Fall von höchst energischem Schleimpolypenwachsthum klinisch die Malignität mit den Basisfibromen in wichtigen Punkten (Sprach-, Schluck- und Athembehinderung, Ulceration) gemein, so fehlte ihm doch das Symptom der immer wiederkehrenden Blutungen vollständig. Diese eben sind es, welche gewöhnlich den Patienten mit Basisfibrom veranlassen, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen; die Blutungen sind oft so profus und frequent, dass sie den Kranken in bedrohlicher Weise anaemisch machen und das ganze Krankheitsbild beherrschen. Daneben besteht Nasenausfluss und Rachenverschleimung und ganz gewöhnlich Taubheit und Ohrensausen auf der am meisten afficirten Seite, nicht selten auch Mittelohrkatarrh. Schlafsucht und neuralgische Gesichtsschmerzen, Protrusio bulbi etc. sind nur bei sehr ausgedehnten, die Organe verdrängenden, die Nervenstämme oder das Gehirn comprimirenden Tumoren vorhanden; dagegen fand ich bei den meisten meiner Kranken Klagen über Kopfschmerz und Schlaflosigkeit oder Störungen des Schlafes, bedingt durch den Mundathmungszwang und nächtliches Aufschrecken.

Die Chirurgen pflegen auch heutzutage noch das Basisfibrom nur nach vorgängiger Präliminaroperation anzugreifen. Eine solche verfolgt entweder den Zweck, das Operationsterrain dem Auge möglichst nahe zu rücken, was durch Abklappen oder Spalten der Nase, durch Oberkieferresection oder Spaltung des Gaumensegels

[2]) Virchow's Archiv 93 Bd, 1883, S. 240 ff. und Monatsschr. f. Ohrenh. 1885.

[3]) «Ueber Nasenpolypen», Monatsschr. f. Ohrenh. 1885, No. 6, S. 161 und «Was ist man berechtigt Nasenpolyp zu nennen?» Monatsschr. f. Ohrenh. 1887, No. 6, S. 152.

[4]) Arch. f. Laryngol. 1898, VII. Bd., 2. u. 3. H.

versucht wird; oder beabsichtigt, die Gefahr der Blutung und Erstickung zu vermeiden, wesshalb Gefässunterbindungen oder, wie noch neuerdings von Rasumowsky[5]), die Tracheotomie vorausgeschickt werden. Ich selbst habe in früheren Jahren die seitliche Abklappung der Nase nach Chassaignac-Bruns vorgenommen und dann die Geschwulst mit der Glühschlinge abgetragen oder mit dem Brenner zerstört. Bei kleineren, gerade nicht wie gewöhnlich sehr breit aufsitzenden Fibromen bin ich mit dieser Methode wohl zum Ziel gekommen, bei grösseren hat sie mich hinsichtlich der Vermeidung von Recidiven wiederholt im Stich gelassen.

Hier kann ich Ihnen ein in der ebengenannten Art mit präliminarer Nasenspaltung und galvanokaustischer Durchglühung der Insertion operirtes hartes Fibrom vom Nasendache eines 7jährigen Knaben zeigen. Dasselbe zeigt noch eine bemerkenswerthe Eigenthümlichkeit. Nahe der etwa 4 qcm breiten Ursprungsstelle geht nämlich von der Hauptmasse des 4 cm langen und 2—3 cm breiten typischen harten Fibroms ein langer platter Fortsatz aus, dessen Structur nicht aus elastischen Fasern, sondern aus areolärem, oedematösem Bindegewebe besteht, welcher also einen echten Schleimpolypen darstellt. Während nun das Basisfibrom radical für immer beseitigt wurde, kamen später zahlreiche oedematöse Fibrome (Schleimpolypen) wieder zum Vorschein. Noch 2 mal, 5 bezw. 7 Jahre nach der ersten Operation musste ich dem Patienten grosse Schleimpolypen entfernen, von denen ich Ihnen hier in dem anderen Glase einige vorweisen kann. Aus diesem Falle schloss ich damals auf die nahe histologische Verwandtschaft zwischen oedematösen und harten Fibromen der Nasenhöhle, wennschon beide in der Mehrzahl der Fälle verschiedenen Ausgangspunkt und verschiedene Bedeutung zu haben pflegen[6]).

Ohne auf alle in ähnlicher Weise früher von mir operirten Fälle von Basisfibrom einzugehen, führe ich hier von den früheren Fällen nur noch einen an, weil er mir Gelegenheit zur Aenderung meines Operationsverfahrens, d. h. zur Ausbildung des jetzt noch von mir geübten gab.

Im August 1886 kam ein 21jähriger Lehrer, F. D. aus H., mit einem umfangreichen Recidiv eines Nasenrachenfibroms in meine Behandlung. Er war durch anhaltende reichliche Blutungen sehr geschwächt und ausserdem durch die Störungen der Athmung und des articulirten Sprechens für seinen Beruf untauglich geworden. Im Mai des Jahres vorher (1885) war er nach vorgängiger Nasenspaltung und schon im Juli desselben Jahres von einem anderen chirurgischen Collegen wegen rasch aufgetretenen Recidivs nach Vornahme der temporären Resection des rechten Oberkiefers von der Geschwulst befreit worden. Doch auch nach dieser letzten Operation war die Geschwulst wieder erschienen. Sie hatte, als ich den Kranken zuerst untersuchte, ihren Sitz vorwiegend rechts am Rachen- und Nasendach, griff aber nach links bis zum Tubenwulst über und füllte mit einem Fortsatz, welcher im rechten Nasenloch sichtbar wurde und stets blutete, fast die ganze rechte Nasenhöhle aus. Von dem Rachen- und Nasenabschnitte der Geschwulst vermochte ich mittels Glühschlinge nur je ein halbwallnussgrosses Segment abzubrennen. Ich klappte desshalb die Nase nach links hin um (wobei Knochen und Knorpel derselben ungemein erweicht bezw. atrophisch verdünnt gefunden wurden) und löste die Geschwulstmassen blutig mittels Scheere und Messer vom Septum, dem Nasendach, der Choanalwandung, dem Rachengewölbe und rechten Tubenwulst ab. Heilung erfolgte bei tiefgelagertem Kopfe so rasch, dass der Kranke nach 14 Tagen wieder ausgehen konnte. (Die operirten Massen, welche alle die Structur des harten Fibroms zeigten, kann ich Ihnen hier in diesem Glase vorweisen.) Trotzdem konnte ich schon 4 Wochen später wieder den Beginn eines Recidivs, d. h. Wiederauswachsen wahrscheinlich unbeachtet gebliebener Geschwulstreste feststellen.

Nunmehr verzichtete ich auf die Mitwirkung des Auges, welches ja ohnehin bei den vorangegangenen drei Operationen zwei erfahrene Chirurgen und mich im Stich gelassen hatte und unterliess jede vorbereitende Operation, indem ich mich ausschliesslich auf das Gefühl zu verlassen beschloss. Um nun sowohl dem tastenden und controlirenden Zeigefinger, als auch den Instrumenten und Tampons einen geräumigen Zugang zum Operationsfeld zu verschaffen, zog ich das Velum mit Hilfe von Gummischlauch möglichst stark nach vorn, erheblich kräftiger noch, als ich dieses schon seit mehreren Jahren bei der Operation der adenoiden Tumoren bezw. von Geschwülsten im hinteren Abschnitte der Nasenhöhle zu thun pflegte.[7]) Während bei letzteren die einseitige Anspannung des Velums genügt, spannte ich es hier rechts und links an, wodurch es derart nach vorn gezogen wurde, als ob man dasselbe abgetragen hätte. Der Zugang zum Nasenrachenraum wurde so unvergleichlich geräumiger und bequemer hergestellt, als durch eine mediale Spaltung des Segels.

Die Instrumente nun, mit Hilfe deren ich die Geschwulstreste beseitigte, bestanden in Elevatorien, Raspatorien und scharfen Löffeln, welche ich theils vom Rachen aus, theils (und hauptsächlich) von der Nase her einführte. Indem ich nun mit dem Finger die Spitze oder Schneide des eingeführten Instrumentes controlirte, brachte ich dasselbe unter Führung des Fingers an die Geschwulsttheile heran und suchte diese dicht am Knochen und, wo dieses nicht gut angängig war, mit dem Knochen herauszuhebeln und zu curettiren.

Auf diese Art gelang es mir, bei dem Patienten noch jene, in diesem andern Glase befindlichen ansehnlichen Geschwulstmassen herauszubefördern.

Diese letzte Operation nun brachte dem Kranken einen vollständigen und dauernden Heilerfolg. In relativ kurzer Zeit war er wieder gänzlich hergestellt und berufsfähig und konnte mir noch 8 Jahre später berichten, dass er nichts mehr von seinem alten Leiden verspüre und ununterbrochen als Lehrer thätig gewesen sei.

Dieser unter wenig hoffnungsvollen Aussichten erzielte Erfolg bestimmte mich, in der Folge gleich von vorn herein und ausschliesslich das bei jenem Lehrer zu guter letzt eingeschlagene Verfahren zu benutzen und, wenn eben thunlich, nur noch per vias naturales die Basisfibrome anzugreifen. Ich habe das auch seitdem nicht zu bereuen gehabt und bin in der Lage, noch über weitere 4 Fälle, welche ich so operirt habe, zu berichten.

Einen derselben, den damals 16jährigen Lehramtspräparanden F. W. aus W., habe ich am 24. April 1893 im hiesigen Allgemeinen ärztlichen Verein geheilt vorgestellt, nachdem ich ihn am 18. September 1892 operirt hatte. Derselbe hat zwar 2—3 Jahre später nochmals an der linken Seite des Rachendaches ein Recidiv bekommen, welches ein in der Nähe wohnender College, Herr Dr. Jürgensmeyer von März bis Mai 1895 galvanokaustisch abgebrannt und (seiner Erinnerung nach) den Stiel auch elektrolytisch behandelt hat. Seit 2—3 Jahren ist jedoch kein weiteres Recidiv erfolgt und kann ich Ihnen heute den Kranken zur Untersuchung vorstellen. Er ist seit Anfang dieses Jahres als Lehrer in seiner Heimath angestellt.

Das Fibrom wucherte, als ich den Kranken kennen lernte, sehr breit, vorwiegend links von der Basis cranii, so dass es theils pharyngealen, theils nasalen Ursprunges war. Auch dieser Kranke litt an den meisten der oben angeführten Störungen, namentlich aber an profusen Blutungen, Kopfschmerz und Taubheit. Der Nasenrücken war erheblich verbreitert. Die Geschwulst reichte nach hinten bis zur Mitte des herabgedrängten Velums und füllte die hinteren $^2/_3$ der linken Nasenhöhle bis zum Boden derselben aus unter erheblicher Verdrängung des Septums nach rechts herüber.

Nach der Operation zeigte sich die untere und vordere Wand der Keilbeinhöhle geöffnet. Hier blieb bei der Vernarbung eine ovale Oeffnung von ca. 1 cm Durchmesser zurück, welche ich damals im ärztlichen Vereine mittels Rachenspiegels demonstrirte und welche Sie auch heute noch gut sehen können. Die entfernten Massen, welche die Structur des Fibrosarkoms zeigen, sind hier in diesem Glase enthalten. Im Spiegelbilde finden Sie ausser dem Defect der Keilbeinwand auch den hinteren Theil des Septums weggebrochen und ausgedehnte Vernarbungen im Gebiete der linken Choane, fast genau dasselbe nur wenig veränderte Bild, wie ich es Ihnen hier in der damals (1894) angefertigten Zeichnung vorlegen kann.

Ferner operirte ich auf dieselbe Weise, und zwar bei hängendem Kopfe, eine 58jähr. Wittwe D. aus W. Dieselbe zeigte eine diffuse, harte Geschwulst der rechten Mandel, welche wallnussgross vorragte und in continuirlicher Verbindung mit einer ausgedehnten, harten Geschwulst des Rachengewölbes zu stehen schien. Letztere wucherte breit von der Basis cranii rechterseits und reichte nach links bis zum Tubenwulst, nach abwärts bis zum unteren Drittel der Choane, in welche Fortsätze beiderseits hineinragten und durch vordere Rhinoskopie bis etwa zur Mitte der Nasenhöhle sichtbar waren. Da ausserdem eine nicht unerhebliche Infiltration der rechtsseitigen tiefliegenden Kieferwinkeldrüsen bestand, so schien

[5]) Arch. f. klin. Chir. 1897, Bd. 54, H. 2.

[6]) Der Fall ist mitgetheilt Monatsschr. f. Ohrenh. 1885, S. 234/35, unter 2.

[7]) Cf. Verhandlungen D. N. und Aerzte, Freiburg 1883, Magdeburg 1884 u. Monatsschr. f. Ohrenheilkd. 1888 No. 1: (Ueber meine Methode, Tumoren der Hinternasengegend durch combinirtes bimanuelles Verfahren zu beseitigen.)

die Prognose getrübt, weil in diesem Falle die Annahme einer malignen Geschwulst nicht von der Hand zu weisen war. Ausser profusen Blutungen, Schlaflosigkeit wegen der Rachenverschleimung und nächtlichen Erstickungsanfällen bestand erhebliche Taubheit und Otitis media purulenta utriusque.

Nach Umschneidung, Abhebelung und Curettement der sehr derben Basisgeschwulst, welche ebenfalls mit einem Rest ihrer knöchernen Insertion von der Pars basilaris des Hinterhaupts, den Alae vomeris etc. herausgearbeitet wurde, exstirpirte ich den Gaumenmandeltumor möglichst tief und tamponirte. Die Operation hatte vollkommenen Erfolg. Die infiltrirten Drüsen gingen von selbst wieder zurück. Patientin ist jetzt, wie ich mich dieser Tage noch überzeugte, vollständig frei von Recidiv (15 Monate nach der Operation) und subjectiv sehr wohl. Nur links tritt noch etwas Ohreneiterung ab und zu auf.

Leider kann ich Ihnen die entfernten Geschwulstmassen nicht vorzeigen, da sie auf dem Wege zum Untersucher verunglückt zu sein scheinen. Die lederartige Härte und das ganze Aussehen, der ganze Symptomencomplex der Geschwulst lässt mich jedoch nicht zweifeln, dass es sich ebenfalls um ein hartes Fibrom oder Fibrosarkom gehandelt hat. Ein malignes Sarkom würde wohl auch bis heute recidivirt sein.

Dann operirte ich noch einen 16jährigen Taubstummen W. K. aus O. wegen der durch complete Verstopfung der Nase, Blutungen und Schlingbeschwerden charakterisirten Beschwerden. Der derbe, breite, wenig bewegliche Tumor sass zu beiden Seiten der Ala vomeris und des Septums und griff von dort auf das Rachengewölbe über. Er war kissenartig, flachkugelig entwickelt und konnte nur mit seiner knöchernen Insertion, dem hinteren Septumrand und der Ala vomeris stückweise herausgehebelt werden. In diesem Glase sehen Sie die Geschwulsttheile, welche u. A. die knöcherne Insertion enthalten. Obgleich der Kranke vor seiner Entlassung ein heftiges Gesichts- und Kopferysipel bekam, woran er 6 Wochen litt, ist der Erfolg sehr zufriedenstellend und bisher, etwa 1 Jahr nach der Operation, m. W. kein Recidiv erfolgt. Die Untersuchung der Geschwulsttheile ergibt Fibrosarkom.

Der letzte Operirte W. S. aus R., ein 14 Jahre alter Lehrling, ist ebenfalls anwesend und kann von Ihnen untersucht werden. Ich operirte ihn bei hängendem Kopfe am 22. März ds. Jrs. Trotz des sehr erheblichen Blutverlustes geht der Kranke seit Anfang April wieder herum und hat sich vortrefflich erholt. Die harte Geschwulst, welche profuse und langdauernde Blutungen seit einem Jahre verschuldete, ging von der linken Seite des Rachendaches aus und reichte bis zum rechten Tubarwulst. Die oberen Zweidrittel beider Choanen waren verlegt, die linke noch ganz besonders durch einen Fortsatz der Geschwulst, welche bis zur Mitte der linken Nasenhöhle reichte. Der Versuch eines Collegen, dem Rachenantheil der Geschwulst mittels eines Ringmessers beizukommen, hatte eine starke Blutung hervorgerufen, doch war es nicht gelungen, andere, als oberflächliche Theile des Tumors abzuschneiden. Die entfernten Massen sehen Sie in diesem Glase. Dort unter dem Mikroskop ist ein Schnitt von einem Segment des Hauptantheils der Geschwulst, welcher im Zusammenhang heraus befördert werden konnte, ausgestellt. Es ergibt sich, dass die Geschwulst ein Fibrosarkom ist, welches (an einer Stelle) Drüsenbestandtheile zeigt. Ebensowenig als man deshalb die Geschwulst ein Adenom nennen kann, ebensowenig kann man diese Bezeichnung denjenigen weichen, oedematösen Nasenpolypen ertheilen, welche in relativ untergeordneter Menge Drüsen, oder aus denselben hervorgegangene Cysten enthalten[8]).

Das Abziehen des Velums, welches ich früher durch zwei je rechts und links von vorn durch die Nase durchgebrachte, hinter dem Velum hervorgezogene und zum Munde herausgeführte, dann oberhalb der Lippe verknüpfte, dünne Gummischläuche besorgte, habe ich dadurch modificirt, bezw. verbessert, dass ich nunmehr einen einzigen Schlauch benütze, dessen Enden, mit einem Metallknopfe verschlossen, je rechts und links in die Nase ein und zum Munde herausgeführt werden. Alsdann wird eine dem Alveolarrande entsprechend gebogene Metallplatte zwischen Nase und Oberlippe gelegt, der mittlere Theil des Schlauches, der die häutige Scheidewand umgibt, um einen in der Mitte der Platte aufgenieteten Hacken herübergeschoben, die beiden Enden des Schlauches stark angezogen und je rechts und links hinter eine federnde, an den Seiten der Platte befindliche Klemme befestigt. Der Vortheil dieser kleinen, als Velitractor[9]) zu bezeichnenden Vorrichtung liegt darin, dass das Anziehen des Velums gleichmässiger, bald schwächer, bald stärker vorgenommen, auch der Schlauch, der leicht zu desinficiren ist, wiederholt benutzt und bequem abgenommen werden kann.

Die Operation vollziehe ich bei tiefer Narkose am hängenden Kopf, was zwar die Blutung vermehrt, aber auch jede Gefahr des Eindringens von Blut in die Luftröhre ausschliesst. Diese Gefahr liegt hier, bei der Operation harter Basisfibrome, wegen des plötzlichen Vorschiessens reichlicher Blutmassen während der Lösung der Geschwulst vor, während sie bei anderen Operationen im Nasenrachenraum oder in der Nase, z. B. bei Operation der Adenoiden, gegenstandslos ist. Bei diesen blutet es nicht annähernd so heftig und vollzieht sich die Operation weit schneller, als bei Loslösung der Basisfibrome von ihrer Unterlage, weshalb man sie auch bei aufrechter Haltung des Patienten ohne Schaden für denselben ausführen kann.

Soweit man nun die Grenzen der Geschwulst mit einem theils durch die Nase, theils in den Nasenrachenraum vom Munde aus eingeführten Skalpell umschneiden kann, ist dieses empfehlenswerth. Wenn man z. B. die untere Rachengrenze des Tumors mit dem Messer bis auf den Knochen umschnitten hat, so geht man von der angelegten Schnittwunde aus mit einem Elevatorium oder Raspatorium bis auf den Knochen vor und hebelt die Geschwulst von diesem, event. unter Zerstörung derjenigen Knochentheile, welche die Geschwulst eng umschliesst, ab. Hat man so die Geschwulstmassen von allen Seiten genügend nach ihrem Insertionscentrum abgelöst, so fasse man die ganze Masse in eine Drahtschlinge oder mit einer Kornzange und zerre sie durch Dreh- und Hebelbewegungen vollends von ihrer Unterlage ab. Etwa stehen gebliebene Reste oder verdächtige Stellen der Insertionsstelle curettire man mit dem scharfen Löffel tief aus. Während der ganzen Zeit verweilt der linke Zeigefinger im Nasenrachenraum oder im hinteren Nasenabschnitt, theils zur Führung der Instrumente, theils zur Compression der zuletzt entblössten Stellen, welche auch mittels Tampons von Gaze, die bequem eingeschoben werden können, leicht ausführbar ist. Das zwischenzeitliche Tamponiren zur Einschränkung der gewöhnlich ungemein profusen Blutung (die jedoch nach Vollendung der Operation vollkommen steht) ist wegen des damit verbundenen Zeitaufwandes möglichst zu vermeiden, jedoch nicht ganz zu umgehen. Im Ganzen sei man nicht zu ängstlich wegen der Blutung, sondern achte vor Allem darauf, die Aushebelung und stumpfe Lösung der Geschwulst von und aus dem Knochen heraus in möglichst kurzer Zeit zu Ende zu führen. Nach beendigter Operation fülle man die entstandene Höhle bezw. Nase und Nasenrachenraum locker mit Jodoformgaze aus und lasse dieselbe mehrere Tage liegen. Man wechselt dieselbe dann noch einigemale und kann sich bald auf lockere Einlagen von Gaze in beide Nasenhälften beschränken. Oefter stossen sich noch kleinere oder grössere Sequester während der folgenden Wochen ab.

Ohne in die kritische Würdigung anderer Operationsverfahren, z. B. der theilweisen Entfernung der Geschwulst in Erwartung des spontanen Schwundes derselben, wie man dieses beim Aufhören des Schädelwachsthums schon beobachtet hat, galvanokaustischer oder elektrolytischer Zerstörung der Neubildung u. a. m., einzugehen, liefern die angeführten Operationen von Basisfibromen den Beweis, dass man

1. ohne präliminare Operation gewöhnlich die radicale Ausrottung der Geschwulst durch einen einzigen Operationsact erreichen kann;

2. weit schneller als durch andere Verfahren zum Ziele kommt;

3. dieses, trotz sehr erheblichen Blutverlustes während der Operation, mindestens ebenso schonend als durch andere Verfahren erreicht, weil man einer ungemein schnellen Reconvalescenz die Wege bahnt, während durch monatelange Curen das Kräftematerial des Kranken weit mehr in Anspruch genommen wird.

Das Ruginiren der Nasenrachengeschwülste ist sehr alt[10]). Das geschilderte Verfahren schliesst sich an das von mir zuerst 1884 empfohlene combinirte bimanuelle Verfahren zur Operation der Geschwülste der Hinternasengegend an. Einer ähnlichen Methode, die in Auslöffelung der Geschwulst gipfelt, jedoch nach präliminarer Nasenspaltung oder Abklappen, hat vor einigen Jahren W. König das Wort geredet. (Vortragender demonstrirt an dem anwesenden Lehrer H. die Anlegung des Velitractors und das rhinoskopische Bild; ferner mikroskop. Schnitte des zuletzt operirten Fibrosarkoms.)

[8]) Anm. bei der Correctur: Der zuletzt Operirte ist geheilt entlassen, nachdem Anfangs Mai noch mehrere Sequester von der Pars basilaris und der Keilbeinbasis entfernt worden sind.

[9]) Durch C. Hilgers, Friesenstrasse 63, Köln, zu beziehen.

[10]) cf. Bensch l. c. S. 70.

Aus der gynäkologischen Abtheilung des Allerheiligenhospitales zu Breslau (Primärarzt Dr. R. Asch).

Beitrag zur Asepsis und Kosmetik der Hautnaht.

Von Dr. *Adolf Calmann*, Assistenzarzt.

Der aseptische Wundverlauf ist abhängig von 3 Factoren: 1. von der Keimfreiheit des Nahtmaterials, 2. von der annähernden Vollkommenheit der Händedesinfection und 3. von der Reinheit des Operationsfeldes. Dass trotz der grossen Fortschritte in der Wundbehandlung Nahteiterungen noch immer das Sorgenkind der Chirurgen sind, haben erst in neuester Zeit eine Reihe namhafter Operateure beklagt und neue Vorschläge, neue Methoden zur Bekämpfung dieses Mangels bekannt gegeben. Auf unserer Abtheilung verurtheilt uns das Fehlen geeigneter Räume von Vornherein zu den ungünstigsten Bedingungen; für aseptische und septische Operationen und für die nicht operative Behandlung steht uns nur ein- und derselbe Raum zur Verfügung, so dass wir septische Aborte, jauchende Carcinome u. A. dort in Angriff nehmen müssen, wo unter Umständen sogar unmittelbar darauf eine grössere Operation, eine Koeliotomie, stattfinden muss. Wenn wir trotz dieses Uebelstandes dennoch recht gute Resultate aufzuweisen haben, so verdanken wir dies wahrscheinlich dem Bewusstsein der erhöhten Gefahr und Verantwortlichkeit und dem daraus entspringenden unablässigen Bemühen, unsere Asepsis und Technik, besonders hinsichtlich der Naht, zu vervollkommnen, theils durch Verwerthung von anderer Seite erdachter und erprobter Maassnahmen, theils durch den Ausbau mehr oder weniger bekannter Methoden, endlich auch durch selbständige Neuerungen. Das Endergebniss unserer Bemühungen erlaube ich mir in Folgendem auseinander zu setzen:

Zur Naht kommt bei uns nur noch durch Kochen sterilisirtes Material zur Verwendung. Zu Entspannungsnähten, speciell bei Plastiken, dient Seide und Silkworm, die ohne weitere Präparation in Wasser oder Carbollösung unmittelbar vor der Operation gekocht werden; für alle übrigen Zwecke, auch für grosse Unterbindungen, verlassen wir uns durchaus auf das Catgut, das nach Hofmeister's Vorschriften vorbereitet und gekocht, eine ausserordentliche Festigkeit erhält und auch den resorbirenden Einflüssen genügend lange Widerstand leistet.

Das keimfreie Nahtmaterial hat, bevor es in die Wunde kommt, noch eine ganze Kette von Gefahren im bacteriologischen Sinne zu durchlaufen. Schon beim Herausnehmen aus den Gefässen, in denen sie aufbewahrt werden, können die Fäden oder die Hand, die sie erfasst hat, sehr leicht in Berührung mit dem Rande des Gefässes kommen, der doch in der Regel nicht steril zu erhalten ist, da die alkoholische Conservirungsflüssigkeit ein Sterilisiren des Gefässes vor jeder Operation nicht zulässt. Besonders gross ist diese Gefahr, wenn es gilt, recht schnell die Nähte zu reichen. Um diesem Uebelstande zu begegnen, habe ich runde Einsätze aus Zinkblech anfertigen lassen, die aus 2 senkrecht zu einander stehenden Rahmen bestehen, von denen der eine den freien Rand bedeckt und noch um 1—2 cm überragt, der andere bis an den Spiegel der Aufbewahrungsflüssigkeit oder wenigstens ebenfalls mehrere Centimeter in das Gefäss hinein reicht. Diese Einsätze werden vor der Operation ausgekocht, mit einem sterilen Tuch abgetrocknet und in die Gefässe eingesetzt, zur bequemen Handhabe kann man sie noch mit einem Griff versehen.

Eine weitere Gelegenheit für eine Infection der Fäden sind die Hände des Operateurs und seiner Assistenten. Gerade diese Frage ist in neuester Zeit in der Erkenntniss der Unzulänglichkeit der Händedesinfection auf's Neue zum Gegenstand der Discussion gemacht worden; die Forderung, eine directe Berührung des Operationsfeldes mit den Händen dadurch auszuschalten, dass man sie mit Handschuhen bekleidet, haben wir mit gewissen Einschränkungen acceptirt, indem wir die von Mikulicz[1]) empfohlenen Zwirnhandschuhe bei der Alexander-Adams'schen Operation und bei Bauchoperationen benutzen, ohne bisher zu einem abschliessenden Urtheil über den Nutzen dieser Maassregel gekommen zu sein; bei Eingriffen von der allen Desinfectionsversuchen trotzenden Vagina aus halten wir den Gebrauch von Handschuhen für verfehlt.

[1]) Deutsche med. Wochenschr. 1897. No. 26.

Unser Hauptbestreben geht dahin, ausser der Wunde und den Instrumenten nichts anzufassen, und uns auf die bleibende Keimfreiheit vorher sterilisirter Mäntel, Schürzen und Mützen durchaus nicht zu verlassen. Des Weiteren achten wir darauf, bereits während der Operation das Blut von den Händen zu entfernen, das besonders zusammen mit Sublimat eine die Hände förmlich imprägnirende und tagelang allen Waschungen Widerstand leistende Kruste bildet, so dass eine erneute Desinfection der Hände wohl dadurch beeinträchtigt werden kann. Wir benutzen dazu die von anderer Seite empfohlene Weinsteinsäurelösung (etwa 1 Esslöffel auf 2 Liter Wasser), die in einem Becken gekocht wird und wohl verschlossen bis zur Operation stehen bleibt.

Das Hauptgewicht legen wir auf die Behandlung des Operationsgebietes und die Ausführung der Eingriffe. Wir befolgen dabei durchaus das Princip des trockenen Operirens, da Antiseptica unseres Erachtens die Gewebe angreifen und auch indifferente Spülflüssigkeiten höchstens dazu dienen können, eine Aufschwemmung etwa vorhandener Bacterien zu bewirken und ihre Resorption zu fördern, eine Anschauung, die durch die Versuche Halban's[2]) ihre Bestätigung gefunden hat. Auf diese Weise haben wir an der Vulva, am Damme und in der Vagina in Uebereinstimmung mit allen anderen Operateuren durchaus befriedigende Heilerfolge erreicht, ohne uns der Illusion hinzugeben, dass wir hier auf aseptisch gemachtem Boden arbeiten. Auch bei intraperitonealen Eingriffen hat sich uns die trockene Asepsis besonders hinsichtlich der Verwachsungen bewährt; Hand in Hand damit geht unser Bestreben, jede gesetzte Wunde mit Serosa zu überkleiden und dort, wo uns dies unausführbar erscheint, mit dem Paquelin zu schneiden, der die gesetzten Wundflächen mit einem vor Verwachsungen schützenden Schorfe versieht, so dass wir bisher nur selten über erhebliche Adhaesionsbildung klagen konnten und noch niemals einen postoperativen Ileus erlebten.

Während also bei den Operationen am Peritoneum, dessen resorptive und antitoxische Kraft wir im Uebrigen besonders bei vaginalen Eingriffen zu bewundern häufig Gelegenheit hatten, sich unsere Methoden durchaus bewährten, waren unsere Erfahrungen über die Heilungsvorgänge der äusseren Haut nicht so ungetrübt, dass wir uns mit dem bisher Geleisteten zufrieden gegeben hätten. Dass auf die Erzielung absoluter Keimfreiheit der Bauchdecken nicht zu rechnen ist, lehrten eine Reihe neuerer Arbeiten und unsere eigenen Ergebnisse; auf die besonders zu berücksichtigende Infection der Naht durch die in den Hautdrüsen nistenden Bacterien hat erst in jüngster Zeit Fritsch[3]) hingewiesen. Aeusserst schwierig ist es auch, die Umgebung einer Schnittwunde steril zu erhalten, denn Tücher verschieben sich und werden leicht von Secreten durchtränkt; das kürzlich von Kuhn[4]) angegebene Protektin, das wir mit grossen Hoffnungen versucht hatten, hat sich leider auch nicht bewährt, da es viel zu morsch ist und durch die Flüssigkeiten in kleine Fetzen zerbröckelt, die das Operationsfeld höchstens verschmieren.

Da wir in dieser Richtung zu keinem Fortschritt kamen, änderten wir unsere Nahtmethode in Anlehnung an ein in Pozzi's Lehrbuch der Gynäkologie beschriebenes Verfahren. Das Princip desselben besteht in der Durchführung der Nadel durch die Cutis parallel zur Oberfläche unter Vermeidung der obersten Schichten der Haut, besonders der Epidermis.

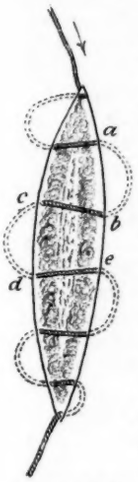
Die Ausführung dieser percutanen Naht, die stets eine fortlaufende sein muss, ist folgende: An dem einen Wundwinkel wird die mässig stark gekrümmte Nadel eingestochen (hierzu eignen sich Langenbeck's Nadeln besser als die Hagedorn'schen) und durch die Cutis unterhalb der Epidermis ein Stück weit durchgeführt und ausgestochen und dann in derselben Weise durch den gegenüberliegenden Wundrand durchgeführt. Da das gefasste Gewebe vom Faden zusammengedrückt und verkürzt wird, muss zwecks besserer Adaptirung die Einstichstelle immer ein wenig näher zu dem Wundwinkel, wo begonnen wurde, angelegt werden, als die Stelle des zuletzt geschaffenen Ausstiches (also cd > be). In dieser Weise werden beide Wundränder bis zum anderen Wundwinkel versorgt, nunmehr lassen sich durch Zug an beiden Enden

[2]) Resorption der Bacterien bei localer Infection. Arch. f. klinische Chirurgie. Bd. LV. Heft 3.

[3]) Deutsche med. Wochenschr. 1897, No. 43.

[4]) Münch. med. Wochenschr. 1897, No. 36.

der Fäden, wie bei einer Tabaksbeutelnaht, die Wundränder glatt aneinanderlegen; die Enden werden mit mässiger Spannung auf je ein Gazeröllchen geknüpft, wodurch ein ausreichender und constanter Zug an dem ganzen Faden erzielt wird.



Auf diese Weise wird also die oberste Schicht der Haut mit ihren bacterienhaltigen Drüsenmündungen völlig vermieden. Von welcher Bedeutung dies ist, sahen wir, als wir die beschriebene Methode zuerst versuchten und die Nadel an dem einen Wundwinkel erst durch die Haut durchstachen und am anderen Wundwinkel ebenso wieder herausführten. Während nämlich die eigentliche Wunde sich in wenigen Tagen zu einer glatten linearen Narbe schloss, stellte sich an diesen Ein- und Ausstichöffnungen manchmal Röthung mit Secretion, wobei gewöhnlich ein einziger Tropfen seröser Flüssigkeit austrat, seltener auch geringe Eiterbildung ein, kurz es zeigte sich das Gesammtbild einer Stichcanalinfection. Aus diesem Grunde haben wir auf diesen Theil der Nahtführung verzichtet und sind auch ohne ihn gut ausgekommen. Die etwaige Entfernung des Fadens ist die denkbar einfachste und ganz schmerzlos: Das eine Ende desselben wird durch Anheben der Gazerolle ein Stück aus der Wunde herausgezogen und dicht an der Haut durchschnitten, dann lässt sich der ganze Faden leicht am andern Ende herausziehen. Schneidet man, ohne den Faden anzuziehen, über der Oberfläche ab, so können Hautkeime durch die ganze Wunde geschleift werden.

Der Wundverlauf nach einer derartigen Naht war bisher ein idealer, eine Vereiterung der Nähte ist bisher in keinem einzigen Falle vorgekommen. Selbst bei Eiterungen in der Tiefe, bei der das Secret an einer Stelle durchbrach, blieb der übrige Theil der primär gebildeten Narbe völlig erhalten.

Auf die Bedeutung einer so glatten Heilung betreffs der Dauer des Krankenlagers brauche ich nicht hinzuweisen. Ebenso ist man jetzt allgemein zu der Ueberzeugung gekommen, dass das beste Mittel zur Verhütung von Hernien nach Bauchschnitten eine primäre, reactionslose Vereinigung der getrennten Gewebsschichten ist.

In dieser Beziehung hat uns die beschriebene Nahtmethode äusserst zufrieden gestellt, und darin beruht wohl auch ihr Hauptvorzug.

Aber auch den bisher viel zu sehr vernachlässigten kosmetischen Rücksichten trägt sie Rechnung. Dass die bisherigen Narben, bei denen jede Knopfnaht einen mehr und minder breiten Querriegel hinterlässt, recht entstellend wirken können, wird wohl Jeder zugeben.

Diese Erwägung hat auch Küstner[5]) veranlasst, die Bauchwunde quer und über der Symphyse anzulegen, so dass sie von den wiederwachsenden Schamhaaren bedeckt wird. Wir glauben dem Uebelstande durch die percutane Naht abgeholfen zu haben, deren glatte, lineare, durch keinen Querriegel verbreiterte oder verzerrte Narbe kaum entstellend sein kann, zumal da wir uns bemühen, mit möglichst kleinen Schnitten auszukommen. Auf diese Weise wird auch der der Alexander-Adams'schen Operation gemachte Vorwurf hinfällig, dass sie grosse, hässliche Narben schaffe, die den Verdacht einer durchgemachten Bubonenoperation entstehen lassen können. Wir sehen häufig genug, dass die zum Theil von den Schamhaaren bedeckten strichförmigen und kurzen Narben bereits nach einigen Monaten ihre Röthe verlieren und dann kaum noch oder gar nicht mehr zu erkennen sind. Diese kosmetische Fürsorge, die wir als Gynäkologen dem Bauche angedeihen lassen, ist doch sicherlich in anderen Regionen des Körpers, zumal bei Frauen, noch viel mehr am Platze, ich erwähne nur das Gesicht, die weibliche Brust u. a. Ich glaube, dass gerade die Chirurgen die Vorzüge der percutanen Naht sehr bald schätzen lernen und sie häufig anwenden werden. Auf der chirurgischen Abtheilung des Allerheiligenhospitals sind alle dahingehenden Versuche bisher durchaus befriedigend ausgefallen.

[5]) Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IV, S. 197. Der supra-symphysäre Kreuzschnitt u. s. w.

Aus der Augusta-Krankenanstalt in Bochum.

Einiges über Sectio caesarea.

Von *Carl Everke* in Bochum i. W.

Unser letzter Kaiserschnitt (Fall No. 33) bot manches Interessante, so dass ich gern an der Hand desselben einige Fragen erörtern möchte. —

Der Fall ist folgender:

Die Frau H. entband ich vor 2 Jahren (am 20. VI. 1895) aus relativer Indication durch Sectio. — Ich wurde vom Collegen gerufen nach Wasserabgang, fand 3 Markstück grossen Muttermund, Nabelschnur lag vor, pulsirte deutlich, Herztöne deutlich. Becken allgemein verengt, platt, daher konnte der Wunsch der Eltern nach lebendem Kinde nur durch Sectio erfüllt werden. — Wir nahmen die Frau mit in die Klinik und in üblicher Weise wurde sie desinficirt. — Man fühlte die Nabelschnur noch pulsiren u. s. w. Als die Frau nun desinficirt auf dem Operationstische lag, fühlte ich nicht mehr Nabelschnurpuls, trotzdem nahm ich an, es würde, da ich vor ca. 5 Minuten selbst noch Leben constatirt hatte, und auch nun noch undeutlich leisen Foetalpuls hörte, noch per Sectio ein scheintodtes Kind gewonnen werden können.

Die Sectio wurde dann eiligst ausgeführt. Kind war frisch todt. — Uterusnaht in üblicher Weise mit tiefen und oberflächlichen Seidenfäden. — Glatte Heilung. — Anfangs dieses Jahres kommt die Frau wieder als Gravida, hofft ein lebendes Kind durch uns zu gewinnen und will im Anschluss an die Sectio sterilisirt werden. Desshalb ist sie seit 1 Monat hier. Am 28. III. stellen sich in der Nacht schwache Wehen ein; da nun gerade mehrere Collegen die Operation ansehen wollten und mehrmals früher es nicht möglich gewesen war, wegen der Eile der Fälle, die Herren einzuladen, so wurde in diesem Falle in der Nacht erst mal eine Morphiuminjection (0,02) gemacht. Die Wehen hörten auf, und am folgenden Morgen 8 Uhr schritten wir zur Sectio, Muttermund für 1 Finger durchgängig. — Gute Herztöne. — Beckenhochlagerung, Eröffnung der Bauchhöhle; keine Verwachsungen zwischen Uterus und Bauchwand. Hervorwälzen des Uterus; Schnitt sagittal über Fundus weg. Entwickelueg des lebenden Kindes und der Placenta. — Digitalcompression. Naht des Uterus mit ca. 6 nach der Uterushöhle zu geknoteten nicht tiefen decidualen Fäden und dann tiefen und oberflächlichen, nach Peritonealhöhle zu geknoteten Fäden; Nähmaterial Seide. — Als nun die Digitalcompression aufgegeben wird, bleibt der Uterus atonisch. Der schlaffe Sack blutet stark; trotz energischer Massage und Tamponade von unten her bleibt der Uterus schlaff, blutet stark weiter, und so bleibt uns nichts anderes übrig, als den Wunsch der Frau nach Sterilisation zu erfüllen und den Uterus und die Adnexe zu entfernen. Da die Frau bereits viel Blut verloren hatte durch die Atonie, musste die schnellste Methode gewählt werden. —

Amputatio uteri im unteren Abschnitte, schnelles Fixiren in dem unteren Mundwinkel. Um nun jede Blutung aus dem Rest zu verhindern, wurde ein dicker, mit einem Seidenfaden versehener Tampon in die Vagina gelegt, der Seidenfaden nach oben durch den Muttermund vor die Bauchwand gezogen, der Trichter, dessen Fläche noch leicht blutete, mit Gaze austamponirt und dann durch Knotung des Fadens dieser Tampon fest auf die Restfläche des Uterus gedrückt; somit war jede weitere Blutung verhindert. — Bauchnaht eiligst gemacht mit tiefen und oberflächlichen Seidenfäden. Normaler Verlauf. Mutter stillt das Kind und kann nach circa drei Wochen geheilt entlassen werden mit gut granulirendem Trichter.

19. 4. Frau stellt sich vor; Trichter ist fast verschlossen. —

Zunächst ist der Verlauf der ersten Geburt, wo das Kind in Folge von Nabelschnurvorfall starb, uns ein Zeichen, solche Frauen zeitig in die Klinik aufzunehmen, um dann auch bald bei Eintritt von regelmässigen Wehen die Sectio machen zu können. — Der Umstand, dass ich unmittelbar vorher, circa 5 Minuten, noch das Leben des Kindes constatirt hatte und die hochgradige Beckenenge, durch die sicher auch die Perforation sehr schwer geworden wäre, gaben uns Veranlassung, doch noch Sectio zu machen. — Nach meiner Ansicht konnte die Nabelschnur erst 0—5 Minuten comprimirt sein und durften wir desshalb annehmen, bei schnellster Beendigung der Sectio, zu der die Frau bereits vollständig fertig auf dem Operationstische lag, doch noch das Kind wiederbelebungsfähig zu erhalten; zumal ich glaubte, leisen Foetalpuls noch zu hören.

Ein zweiter interessanter Punkt war in unserem Falle die Atonie uteri. — Wie gesagt, hatten wir hier operirt zur Zeit, als nur schwache Wehen dagewesen waren; aus äusseren Gründen war mir diese Operation bei Tage erwünscht, und nach der Arbeit von Schroeder (Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie 1898, VII., 2) ist ja Atonie bei Operationen in den letzten Tagen der Schwangerschaft nicht so sehr zu befürchten, da sich nach Entleerung des Uterus schon Wehen einstellen würden.

Dieser Fall, wo trotz langer Massage und Tamponade des Uterus keine Wehen kamen, hat uns anders belehrt, und wir werden in Zukunft erst dann operiren, wenn regelmässige Wehen da sind. — Bei schwachen Wehen und damit begründeter Angst vor Atonie haben wir wohl sofort nach Entleerung des Uterus vor Anlegung der Naht von oben her denselben austamponirt, um sicher zu sein, namentlich dann, wenn auf Vermeidung jeder unnöthigen Blutung besonders Gewicht gelegt werden musste. — In einem Falle von Atonie, wo bereits der Uterus vernäht war (Thibepape, Fall 11. J.-No. 304. 94) haben wir von unten her unter Controle nach oben den schlaffen Uterus austamponirt und wir konnten so den Uterus, da nun gute Wehen sich einstellten, erhalten.

Wenn einmal sterilisirt werden soll, so ist sicher die schönste Operation die abdominelle Totalexstirpation, die gerade im Anschluss an Sectio, bei Fehlen von Adhaesionen besonders, schnell und ohne Blutverlust ausgeführt werden kann, namentlich zu einer Zeit, wo der untere Gebärmutterabschnitt noch nicht entfaltet ist. — Hat sich bereits der untere Theil erweitert, der Muttermund geöffnet, so ist es schwer, den Uterus ganz heraus zu bekommen und in dem lockeren, weichen Uterusgewebe schneiden leicht die Fäden durch und so ist hier eine Nachblutung zu befürchten; wir verloren daran einen Fall, in welchem wir bei völlig eröffnetem Muttermunde operiren mussten (Fall 21. Finke 752. 96). Bei Section der 3/4 Stunde post operationem an Collaps verstorbenen Frau fand sich in Bauchhöhle ein Bluterguss; offenbar hatte ein Faden durchschnitten. — In unserem Falle (Holstein) musste eiligst die schnellste Methode gewählt werden und so entschloss ich mich zu Porro mit extraperitonealer Stielbehandlung. Die Tamponade des Trichters in oben angegebener Weise, ähnlich wie man bei Nasenbluten nach Belloque tamponirt, thut bei Stümpfen bei extraperitonealer Stielbehandlung, die namentlich bei Amputation des graviden Uterus nachbluten können, beste Dienste.

Zum Schluss möchte ich noch einige Worte sagen über die Schnittanlegung, ein Punkt, welcher gerade im letzten Jahre so oft in den Fachblättern erörtert ist. — Auf Grund der Arbeit von Fritsch [1]) haben in letzter Zeit viele Operateure den queren Fundalschnitt [2]) bevorzugt. Ich gebe zu, dass die Entwickelung der meist in Längslage befindlichen Kinder bei querem Feudalabschnitt eine leichtere ist, darum werden wir denselben auch weiterhin bei Porrooperation mit Längslage der Frucht bevorzugen, wie wir das auch noch vor kurzer Zeit in einem Falle, wo wegen Osteomalacie sterilisirt werden sollte, gethan haben. (Möcklinghof Fall 30. J.-No. 647. 97). — Ich gebe zu, dass bei querem Fundalschnitt nach Anlegung der beiden äussern Suturen durch Abbindung der beiden zuführenden Aeste der Art. sperm. int. schnell die Blutung gestillt werden kann. — Doch bemerke ich, dass wir auch bei Längsschnitt, wenn passende Assistenz da ist, und so die Ligamenta lata gut comprimirt werden, niemals grössere Blutung aus der Schnittfläche hatten.

Ich halte an meiner bereits ausgesprochenen Ansicht [3]) fest, dass, namentlich wenn bei querem Fundalschnitt die äusseren Fäden fest geknotet werden, immerhin leicht eine ungenügende Ernährung und schlechte Verheilung der Uteruswunde stattfinden kann; dass ein blutreiches Gewebe besser verheilt und schneller, als ein schlecht ernährtes, ist ja eine allgemeine chirurgische Erfahrung (cf. Wunde am Unterschenkel und am Kopf). — Es wird eben auch in den verschiedenen Arbeiten über queren Feudalschnitt betont, dass nach Knotung der äusseren Fäden die Wundfläche aufhörte zu bluten, weiss wurde, also blutarm war, im Gegensatz zu den Verhältnissen bei Längsschnitt, wo die Wundränder gut ernährt sind, wo somit eine festere Vereinigung beider Wundflächen und tiefe Narbe erhofft werden kann. Von unseren mit Längsschnitt operirten Frauen war bei 16 eine neue Schwangerschaft möglich; von diesen sind 5 wieder schwanger geworden, während ich von den anderen 11, freilich meist erst in letzter Zeit operirten Frauen noch keine Nachricht habe; ein Umstand, der doch gewiss auch wichtig ist. — Ferner hatte ich 4 mal Gelegenheit, bei Frauen den Kaiserschnitt zum zweiten resp. dritten Mal zu machen. — Ich konnte hier stets die schöne, feste, tiefe Narbe constatiren und letztere darf in der Längswand des Uterus eher erhofft werden, als in der dünneren Wand des Fundus. — Ferner fand ich oft Adhaesion mit der Bauchwand, die aber niemals den Frauen zu Klagen Veranlassung gaben. Es entstehen gewiss oft Verwachsungen der Uteruswunde mit benachbarten Organen; wenn bei Fundalschnitt diese Verwachsungen mit Därmen, Netz, Magen und so weiter entstehen, so werden dieselben sicher für das spätere Befinden nicht ohne Nachtheil sein. Diese Verwachsungen sind nicht gleichzustellen den Verwachsungen nach Myom-Enukleationen u. s. w., wie Schroeder hervorhebt; handelt es sich doch hier um den vergrösserten Uterus, der eventuell bei Fundalschnitt mit hoch im Abdomen liegenden Organen verkleben kann und bei seiner physiologischen Verkleinerung im Wochenbett diese Organe mit in das kleine Becken herabziehen müsste, wodurch sogar winkelige Abknickungen (Ileus) entstehen könnten.

Dass die Verwachsungen an vorderer Bauchwand ohne grossen Nachtheil sind, ja oft von Nutzen, erlebte ich vor 1/4 Jahr wieder in einem Falle (Fall Kühlborn, Fall 31. J.-No. 798. 97), wo ich in Folge der starken Verwachsungen mit vorderer Bauchwand, die durch Abscedirung und Fistelbildung zwischen Bauchdecke, Uterus und Scheide nach der ersten Sectio vor zwei Jahren entstanden waren, die 2. Sectio extraperitoneal machen konnte, ähnlich, wie in dem, in der früheren [4]) Arbeit erwähnten Fall Dreyer. — (Fall 22. J.-No. 60. 97). Gewiss ist es für eine Frau, die immer nur per Sectio entbunden werden kann, werthvoll, wenn die folgenden Kaiserschnitte — extraperitoneal — weniger gefährlich sind.

Ein weiterer Umstand, der mich gegen jeden nicht dem Bauchschnitte anliegenden Uterusschnitt einnimmt, ist das Bedenken, dass Abscedirungen der Uteruswunde vorkommen; wir erlebten das 3 mal. Bricht ein solcher Abscess in die Uterushöhle durch, so mag es gut gehen, bricht er, wie in unseren Fällen, nach vorn durch die Bauchwunde durch, nachdem die beiden congruenten Schnittflächen verklebt sind, so hat er, ausser Verzögerung der Wundheilung, auch keine besonderen Bedenken, aber verhängnissvoll wird es sein, wenn ein Abscess im Fundus in die Bauchhöhle durchbricht! Wenn er sich auch wohl meist durch Adhaesionen in den Darm entleert, so werden sicher unangenehme Verwachsungen mit diesem Organ zurückbleiben, die doch das spätere Befinden der Frauen sehr beeinträchtigen und gefährden werden.

Aus diesen theoretischen Erwägungen und den Erfahrungen, die wir nach Publication der Arbeit: Ueber Anlegung des Uterusschnittes [5]) weiterhin gewonnen haben, haben wir bei den folgenden seit 21. VI. 1897 5 conservativen Kaiserschnitten (1. Fall Möcklinghof, Fall 30, J.-No. 647. 97, wurde wegen Osteomalacie mit Fundalschnitt und nach Porro operirt) nur mit Längsschnitt operirt (bei dem letzten Fall Holstein, Fall 33, J.-No. 51. 98 musste wegen Atonie die Amputatio uteri nach Versorgung des Uterus angeschlossen werden). — Von dem queren Fundalschnitt, den ich aus ähnlichen theoretischen Gründen, wie später Fritsch, schon am 6. V. 1896 angewandt habe, bin ich bei conservativer Sectio ganz zurückgekommen. Immerhin beweisen ja die bisher veröffentlichten Fälle von querem Fundalschnitt mit günstigem Verlauf, dass man bei jeder Schnittführung gute Resultate erzielen kann, wenn man nur aseptisch operirt. Von diesen letzten 4 Fällen ist freilich ein Fall an Sepsis gestorben. Wenn auch wohl in fast allen Fällen von Peritonitis septica die Causa auf Infection bei der Operation zurückgeführt werden muss, so dürfte doch in einigen Fällen eine secundäre Infection des Peritoneum (von der Uterushöhle aus) nicht ganz von der Hand zu weisen sein. Hieran könnte man denken in diesem Falle Pamme, den ich hier anführe. (Fall Pamme, Fall 28, J.-No. 456. 97.)

[1]) Centralblatt f. Gyn. 97. 20.
[2]) Johannowsky, Kirchhof, Braun, Knauer, Siedentopf, Clemens, Steinthal, — letzter Fall spricht wohl mehr gegen, als für den queren Feudalschnitt.
[3]) Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. VI. 1.
[4]) Everke, Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. VI. 1.
[5]) Monatsschr. VI. I.

Nach längerer Geburtsdauer wird die Frau vom Arzt zu uns gesandt zur Sectio wegen engen Beckens und Nabelschnurvorfall. Assistenzarzt Dr. Siebourg musste desshalb eiligst operiren; ich war abwesend. — Operation in üblicher Weise; Kind lebt. Naht der Uteruswunde mit Seide u. s. w. Die ersten 4 Tage verliefen gut; Stuhlgang und Flatus normal. Dann treten Symptome einer septischen Peritonitis auf, an der sie starb. — Section bestätigte diese Diagnose. — Uterus und Bauchwunde schlecht verheilt, so dass an 2 Stellen eine Communication zwischen Uterus und innerer Bauchhöhle bestand.

Ob in diesem Falle die Peritonitis ausgegangen ist vom Uterusinnern (der gute Verlauf der ersten 4 Tage, die häufigen Untersuchungen von Arzt und Hebamme vorher u. s. w. lassen daran denken) lässt sich wohl nicht so sehr wahrscheinlich hinstellen, wie in unserem Falle Frau Fertling (Fall 19, J.-No. 217, 96) die nach querem Fundalschnitt unter gleichen Erscheinungen starb.[6])

Von den übrigen 3 Fällen bekamen 2 eine Bauchdecken-Uterus-Scheidenfistel nach Abscedirung; gewiss hätte auch wohl bei Fundalschnitt diese Complication verhängnissvoll werden können. —

Freilich mag der Umstand, dass die Fälle erst nach längerer Geburtsdauer und nach wiederholten Untersuchungen vom Arzte uns zugewiesen wurden, dass ferner im Falle Kühlborn das Narbengewebe weniger günstig für Heilung war, in unseren Fällen die schlechte Heilung der Uteruswunde und Abscedirung veranlasst haben, — dass beim queren Fundalschnitt die Schnittfläche des Fundus uteri sich der Bauchwand so voll und ganz anlegt, wie beim Längsschnitt, dass somit eventuell von der Uteruswunde ausgehende Abscesse bei querem Fundalschnitt mit derselben Sicherheit, wie beim Längsschnitt durch die Bauchwunde durchbrechen würden, kann ich mir nicht denken.

Schliesslich möchte ich noch hervorheben, dass der feste Abschluss der Uterushöhle von der Bauchhöhle wohl am wichtigsten ist. — Erst seitdem wir eine exacte Vereinigung der Uteruswunde haben, sind die Kaiserschnittresultate gut geworden.

Unser bereits publicirter Fall[7]) Bühne (Fall No. 4, J.-No. 339. 91) ist uns sehr lehrreich geworden, und ich wiederhole hier desshalb kurz denselben.

Nach langer Geburtsdauer wurde uns die Frau B. zur Sectio gebracht. Die Operation wurde in üblicher Weise gemacht; die Frau starb unter den Zeichen der septischen Peritonitis. Bei der Section, die die obige Diagnose bestätigte, fand sich nun: Naht am Uterus gut liegend; nur am Fundus klafft die Wunde zwischen zwei tiefen Fäden, ein oberflächlicher lag hier nicht zwischen den beiden tiefen, der Spalt war hier ca. 1 cm breit. — Hierselbst kann man eine Sonde durchschieben bis in die Uterushöhle.

Demnach ist wohl anzunehmen, dass hier zunächst eine septische Endometritis bestand, und dass dann durch die genannte Oeffnung die Mikroorganismen in die Bauchhöhle gelangen konnten. Da die Frau ausserhalb lange in Wehen lag und oft von Arzt und Hebamme untersucht war, so ist eine septische Infection leicht zu erklären. So haben wir stets auf eine exacte Uterusnaht besonderen Werth gelegt, zumal fast alle unsere Sectiofälle erst dann zu uns kommen, nachdem sie ausserhalb der Anstalt länger gekreisst haben, oft von Hebamme und Arzt untersucht sind, Entbindungsversuche gemacht sind u. s. w.

Also erklärt es sich leicht, dass gewiss oft Gelegenheiten zur Infection geboten sind; alle Infectionskeime durch energische Desinfection aus Scheide und Uterus zu entfernen, ist wohl nicht denkbar. Die Natur hilft sich in den meisten Fällen und befördert mit den Lochien die Mikroorganismen, die sicher oft ausserhalb der Anstalt in solchen Fällen in die Geburtswege gebracht sind, nach aussen ab. — Ist nun die Uteruswunde nicht fest geschlossen, so mögen leicht die Infectionserreger in die Bauchhöhle gelangen und können septische Peritonitis erregen. Dringen sie in die gut geschlossene Uteruswunde ein, so vermögen sie wohl eine Abscedirung und Perforation nach der Uterushöhle zu oder auch nach vorn zu veranlassen; im ersteren Falle ist die Sache ungefährlich und auch im zweiten bei Längsschnitt, da dann der Perforation eine Entzündung und Verklebung mit der vorderen Bauchwand vorhergeht. — Wir haben die Uteruswunden stets vernäht mit tiefen und oberflächlichen Seidenfäden; namentlich legten wir Werth darauf, dass nicht zu viel tiefe Fäden gelegt wurden, um schlechte Ernährung der Wunde zu verhindern; namentlich aber auch, dass das Peritoneum überall die Wunde überdeckte. Sehr lehrreich war uns ein Präparat einer 14 Stunden p. Sectio im Coma verstorbenen Eklamptischen (Frau Bauer, Fall 14. J.-No. 122. 95). Die auf genannte Weise vernähte Uteruswunde war schön verklebt. Die Verklebung der Wunde war unterhalb des Peritoneums am dichtesten, ja fast eine spurlose. Von der Decidualseite klaffte die Wunde etwas, aber ganz wenig; Blutcoagel war in den Spalt eingedrungen. — Der Peritonealtheil der Uteruswunde heilte demnach dichter und schöner und schneller, als der deciduale Theil. (Uebrigens soll eine genaue Beschreibung dieses Präparates und anderer mit alten Kaiserschnittnarben später erfolgen. — Die mikroskopischen Untersuchungen sind noch nicht beendet.)

Um nun das Klaffen der Uteruswunde am decidualen Theil und Gefahr einer septischen Infection der Wunde von der Uterushöhle her zu verhindern, um ferner nicht so viele und so sehr tiefe Fäden an der Peritonealseite legen zu müssen, um aber auch vor allen Dingen eine feste, tiefe Narbe später zu haben, haben wir in einigen Fällen in letzter Zeit zunächst einige Fäden (3—6) nach der Uterushöhle zu geknotet, ähnlich wie die Wölfler'sche innere Darmnaht; diese Fäden fassen nur die Decidua, höchstens die innerste Muskelschicht und sind leicht und bald gelegt, in 2—3 Minuten. Die Wundränder legen sich dann schön aneinander und die Narbe wird bedeutend tiefer. An dem amputirten Uterus des Falles Holstein können wir sehr nett das Verhältniss der beiden Nahtmethoden beurtheilen. Die alte Narbe ist in einer Ausdehnung von etwa 6 cm Länge etwas über ½ cm tief von innen aus eingezogen, die Wandung also etwa ½ cm dünner, als an anderen Partien; bei der frischen Naht liegt Decidua an Decidua ohne geringste Einziehung.

Letzterer Umstand ist gewiss zur Vermeidung von Uterushernien und Verhinderung von Fehlgeburten u. s. w. nicht unrichtig. Wurde doch mehrmals bei wiederholtem Kaiserschnitt an derselben Frau die alte Uterusnarbe so dünn gefunden, dass bei der zweiten Sectio der Uterus amputirt werden musste, aus Besorgniss, es möchte bei einer neuen Schwangerschaft die dünne Narbe perforiren. (Fritsch, Rühle u. Andere.) Eine besondere Verlängerung der Operation ist durch diese deciduale Naht nicht bedingt; bei guter Compression spielt die Blutung keine Rolle, und leicht kann man dann, wenn die decidualen Fäden gelegt sind, mit nur einigen tiefen Fäden die grösseren blutenden Partien fassen und dann die Fäden an der peritonealen Seite knoten. Im Wochenbett werden sich dann schon die innern Fäden mit der Decidua abstossen.

Aus der kgl. Universitäts-Augenklinik Würzburg.

Ein Fall von doppeltem Lidschanker.

Von Dr. *Josef Helbron*, I. Assistent der Klinik.

Obwohl in den letzten Jahrzehnten eine grosse Anzahl von Primäraffecten der Lider bekannt wurden — annähernd 400 mehr oder weniger gut beschriebene Fälle — so dürfte es doch nicht uninteressant sein, diesen einen neuen hinzuzugesellen, der sich in seinem Auftreten und in seinem weiteren Verlaufe vollständig von sämmtlichen bisher beschriebenen — soweit mir die Literatur zugänglich war — unterscheidet.

Es handelt sich um den 11 Jahre alten J. P. von hier, der am 29. I. 1897 in unsere Behandlung kam:

Anamnese: Seit 4 Wochen Entzündung und Schwellung der Lider links; Anfangs Knötchen am Unterlid, das sich vor 5 Tagen nach aussen öffnete.

Status praesens: An Ober- und Unterlid links zwischen Thränenpünktchen und Mitte des Lides je ein halbkreisförmiges, etwas erhabenes Geschwür, dessen Grund von gelbgrauem Schorfe eingenommen ist, dessen Ränder knorpelhart verdickt sind; die beiden Hälften passen genau zusammen und bilden bei Lidschluss fast einen vollkommenen Kreis. Nach Entfernung des Schorfes zeigt der Grund schmierigen Belag und wenige, schwache Granulationen. Entsprechend diesem Geschwüre fehlen an Ober- und Unterlid sämmtliche Cilien. Ausserdem findet sich im Unterlid etwas nach aussen von der Mitte — mit dem Geschwüre gar nicht zusammenhängend, — eine erbsengrosse, sehr harte Geschwulst des Tarsus, die von schwach entzündeter Binde- und äusserer Haut bedeckt ist. Die ganze Bindehaut zeigt links schwache katarrhalische Reizung. Die Praeauriculardrüse links ist bohnengross, ganz indolent, eine Submaxillardrüse am Angulus mandibulae etwas weniger stark geschwellt, ebenso noch die nächsten Gland. cervic. superfic., die weiter abwärts liegenden stets weniger als die vorhergehenden. Auch rechterseits sind wenig vergrösserte Submaxillardrüsen zu fühlen. Die sofort vorgenommene Inspection der äusseren Haut ergab eine schwache Marmorirung, aber kein typisches Exanthem. Patient wurde der Universitätspoliklinik zur Behandlung überwiesen; unter Anwendung einer indifferenten Salbe heilte der Primäraffect in ca. 4 Wochen, ohne weitere Störungen zu veranlassen. Ein Exanthem konnte nicht festgestellt werden. Gleichzeitig mit dem Primäraffect heilte auch der Knoten im Tarsus, ohne dass es zum Durchbruch desselben resp. Entleerung seines Inhaltes nach aussen gekommen wäre.

Am 13. VII. 1897 trat Patient von Neuem in die Behandlung der Klinik; ich lasse im Folgenden die Angaben des Journals folgen:

---

[6]) l. c.

[7]) Everke: Ueber Kaiserschnitt. Festschrift des 25jähr. Jubiläums u. s. w. Wiesbaden, Bergmann.

13. VII. L. Iritis; 2 stark vascularisirte Granulationsgeschwülste in der Nähe des Lig. pectin. nach unten und unten aussen; hintere Synechien. R. Praecipitate auf der Hinterfläche der Hornhaut (multiple Lymphdrüsenschwellung beiderseits).

20. VII. R. Pupille gleichmässig weit, feine Praecipitate auf der Hinterwand der Hornhaut; im Gewebe des Oberlides etwas nach aussen von der Mitte, entsprechend dem Margo supraorbitalis kleines, indurirtes Knötchen, von gerötheter Haut bedeckt, das seit 14 Tagen bemerkt wird. Ophthalmosk. normal.

L. Die beiden Granulationsgeschwülste weniger gut vascularisirt, kleiner, von braunrother Farbe. Pupille ungleichmässig weit, besonders resistente Synechien innen oben

R + 0,75 / S = 1, L + 1,5 / S = 1/3.

Ophth. L. Membranartige Glaskörpertrübung, die vom Corpus ciliare unten aussen in 3 Strahlen sich beweglich in den Glaskörper hinein erstreckt; beg. Neuritis optici.

Vom 26. VII.—2. VIII. Aufnahme auf die stationäre Abtheilung, wo unter Verabreichung von Jodkali die Granulationsgeschwülste der Iris abheilen.

6. VIII. Beiderseits Pupille gleichmässig weit, Granulationsgeschwülste der Iris verschwunden, ebenso die Praecipitate z. T.; L Glaskörpertrübung etwas geringer, Neuritis stark ausgesprochen.

R + 0,75 / S = 1; L + 1,5 / S = 1/2.

Gesichtsfeld und Farbensinn normal. Jodkaliverabreichung.

13. VIII. L. temporal am Pupillarrande der Iris frisches, wenig erhabenes, stark vascularisirtes Granulationsgewebe, Pupille nicht genügend erweitert. Ophth. L Neuritis stärker ausgebildet, Glaskörpertrübung etwas geringer.

20. VIII. L Neuritis optici stationär, Granulationsgeschwulst am temporalen Pupillarrand der Iris im Rückgang. Beginn der Schmiercur, die unter Leitung der Universitätspoliklinik erfolgte.

25. VIII. L Granulationsgeschwulst aussen oben etwas grösser, leicht zerklüftet und in den Pupillarbereich hineinragend; pericorneale Injection etwas stärker, Glaskörpertrübung zurückgegangen, Neuritis unverändert.

R. zahlreiche Praecipitate auf der Hinterwand, sonst normal.

31. X. Beiderseits Praecipitate verschwunden, L. Neuritis fast ganz zurückgegangen. L + 1,5 / S = 1/2, Patient verbrauchte 40 Päckchen Ungt. cin. mit 8tägiger Pause nach der ersten Hälfte.

Eine zur Controle am 20. IV. 1898 vorgenommene Untersuchung ergab: Beiderseits + 0,5 / S = 1, beiderseits J. I in 7—8 cm, Gesichtsfeld, Farbensinn und Ophthalmosk. normal. L Oberlid vollkommen normal, am Unterlid ist der Sitz des Primäraffectes nur durch schlechte Entwicklung der Cilien gekennzeichnet. Die Schwellung sämmtlicher Lymphdrüsen ist verschwunden.

Der vorliegende Fall bietet in mancher Hinsicht besondere Eigenthümlichkeiten: Wenn auch das mehrfache Auftreten der Initialsklerosen verhältnissmässig häufig beobachtet wird, so gehört ein doppelter Lidschanker doch zu den grössten Seltenheiten. In der Literatur gelang es mir nur 7 Veröffentlichungen dieser Art aufzufinden, nämlich die von Pflüger, Fournier (2 Fälle), Morell-Lavallée[1]), Coppez, Gallemaerts und in der jüngsten Veröffentlichung von Seydel.

Sehr schwierig gestaltet sich die Erklärung des gleichzeitig vorhandenen Knotens im Tarsus, der seinem ganzen Verhalten nach zweifelsohne die grösste Aehnlichkeit mit einem Chalazion bot und sicherlich auch als eine Granulationswucherung einer Meibom'schen Drüse aufzufassen ist. Das Eigenthümliche und Merkwürdige ist nur, dass nach den anamnestischen Angaben erst mit Entstehung des Primäraffectes dieser Knoten auftrat und dass er auch mit ihm abheilte, ohne dass es zu einem nachweisbaren Durchbruch und Entleerung des Inhaltes nach aussen gekommen wäre. Unwillkürlich ist man veranlasst, diesen Knoten mit der Lues in Zusammenhang zu bringen und sich zu fragen: Wäre es nicht möglich, dass dasselbe syphilitische Virus, das den Primäraffect verursachte, gleichzeitig durch den Ausführungsgang in eine Meibom'sche Drüse gelangte und hier eine specifische Entzündung veranlasste? Ich habe vergebens nach einem analogen Fall in der Literatur der Primäraffecte gesucht und muss also diese Erklärung einstweilen als eine blosse Annahme hinstellen. Möglich wäre es indessen auch, dass es sich einfach um ein typisches Chalazion gehandelt hat, dessen uns leider noch unbekannte Erreger sich in dem entzündeten Bindehautsack ansiedeln und von dort in die Meibom'sche Drüse eindringen konnten.

Mit der Beobachtung Poitont's, dass bei Sitz des Schankers am inneren Lidwinkel mehr die submaxillaren, beim Sitz am äusseren mehr die präauricularen Drüsen in Mitleidenschaft gezogen werden, stimmt unser Fall nicht überein; denn obwohl die beiden Schanker ausgesprochen medial sassen, zeigte die Präauriculardrüse die bedeutendste Schwellung und die weiter abwärts geschwellten Drüsen waren zweifelsohne erst secundär von dieser aus inficirt worden.

Die Entstehungsweise des Primäraffectes liess sich erst bei der zweiten Behandlung des Patienten mit Hilfe von Herrn Privatdocenten Dr. Geigel feststellen. Patient schlief mit der 21jähr. Schwester zusammen und diese hatte Condylomata lata ad labia maiora und Plaques muqueuses im Munde. Höchstwahrscheinlich erfolgte die Uebertragung des syphilitischen Virus durch Kuss.

Schliesslich seien noch einige Bemerkungen über den Verlauf des Falles gemacht:

Die Granulationsgeschwülste der Iris links dürften mit ziemlicher Sicherheit als Papeln aufgefasst werden, da Patient sich bei deren Entstehung erst im II. Stadium der Lues befinden konnte.

Der Glaskörper war in unserem Falle nicht in der sonst für Lues charakteristischen Weise betheiligt, d. h. in Form staubförmiger Glaskörpertrübungen, sondern zeigte geformte Trübungen, die sicherlich dem ganzen Verhalten nach als Exsudationsproducte des hochgradig entzündeten Corpus ciliare anzusehen sind.

Die acute specifische Neuritis pflegt nach den Feststellungen von Januszkiewicz gewöhnlich früh — 1 bis 5 Jahre nach der Infection — aufzutreten und die Prognose für Restitutio ad integrum ist bei Behandlung mit Ungt. ciner. um so besser, je früher die Neuritis auftritt. Auch unser Fall bietet für die Richtigkeit dieser Ansicht einen weiteren Beleg.

Dass die Erkrankung des Uvealtractus und Sehnerven nur als eine Aeusserung der allgemeinen Lues anzusehen ist, versteht sich von selbst, aber eigenthümlich bleibt doch die Localisation dieser constitutionellen Syphilis nur auf die Augen, speciell das linke. Ohne Weiters ist man versucht, diesen Sitz mit dem des Primäraffectes in Zusammenhang zu bringen; unsere Kenntniss der anatomischen und physiologischen Verhältnisse — besonders der Verlauf der Lymphbahnen — gestattet jedoch einen solchen Rückschluss nicht. Man muss sich eben auch hier, wie vielfach sonst, mit der Annahme einer geringeren örtlichen Widerstandsfähigkeit gegen das luetische Virus begnügen.

Zum Schlusse dieser kleinen Arbeit bleibt mir die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. v. Michel, für Ueberlassung des Falles und gütige Unterstützung bei Beschreibung desselben bestens zu danken.

[1]) Diesen Fall entnehme ich der Arbeit Seydel's, da es mir nicht gelang, ihn in der Literatur aufzufinden.

Literatur:

Alexander: Syphilis und Auge.
" : Neue Erfahrungen über luetische Augenkrankheiten.
Wilbrand und Staelin: Ueber die Augenerkrankungen in der Frühperiode der Syphilis.
Michel: Augenheilkunde, II. Aufl.
Schmidt-Rimpler: Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten.
Neumann: Syphilis; Nothnagel's spec. Pathol. und Therap. Bd. 23.
Rohmer: Chancre d. l. paup. Société d. médec. d. Nancy; Séance de 10. VI. 1896.
Poitont: Contribution à l'étude du chancre syph. d. paup. Thèse d. fac. d. Paris No. 480.
Pflüger: Augenklinik in Bern; Bericht vom Jahre 1877.
Fournier: Les chancres extragenitaux.
Coppez: Un cas d. chancre induré d. l. paup. sup. Journ. d. méd. chir. et pharm. Brux. 1894.
Gallemaerts: Syphilis extra-génitale, chancres endurés de la paup. Rev. gén. d'Ophth. No. 6.
Seydel: Ein Beitrag zur Casuistik der einfachen und doppelten Lidschanker; klin. Monatsbl. f. Augenh. 1898, April.
Gagzow: Ein Fall von Primäraffect der Lider; Deutsche med. Wochenschr. 1898, 6.
Januszkiewicz: Der zeitl. Verl. bei syph. Erkrank. d. Sehnerven nach 150 Fällen; Centralbl. f. prakt. Augenheilk. 1895. S. 358.

Feuilleton.

Zwei Processe gegen spiritistische Medien.

Von Dr. *Geipel* in Zwickau i. S.

Seit einer Reihe von Jahren haben in der Stadt Zwickau und in deren Umgebung Versammlungen stattgefunden, die unter verschiedenen Namen, wie: Harmonische Philosophie, Verein für

Psychologie u. s. w. spiritistischen Bestrebungen huldigten. Am 10. Juli 1896 habe ich zugleich mit einigen anderen Herren in der Behausung der Hebamme Röber einer derartigen Sitzung beigewohnt.

Als der Beginn der Sitzung nach 8 Uhr Abends verkündet war, erhob sich die Bergarbeitersehefrau Emma Lina Gerber aus Niederplanitz langsam von ihrem Sitze. Hierbei hielt sie ihre Arme in ausgestreckter seitlicher Stellung von dem Körper entfernt. Die anwesenden Mitglieder der Gesellschaft, gegen 12 Personen, bemerkten das Erheben der Frau Gerber und gaben ihre Freude zu erkennen, dass sich die Frau Gerber bereits im Zustande des Trance (Verzückung) befinde. Das Ganze machte unverkennbar theatralischen Eindruck.

Sobald die Gerber aufgerichtet stand, öffnete sie die Augen, doch sah sie während der darauffolgenden Production Niemand an, sondern schaute mit parallelen Augenachsen scheinbar in das Unendliche. Die Rede oder vielmehr der Wortsalat, welchen die Frau Gerber nunmehr mit grosser Geläufigkeit abhaspelte, machte den Eindruck, als ob er aus Schriftstücken der Bibel, Predigten, Erbauungsbüchern, Gesangbuchsstrophen u. dergl. zusammengetragen wäre. Der Stimmfall und die Betonung der Worte, welche die Gerber anwendete, war manierirt, gekünstelt. Sie bediente sich eines möglichst reinen Hochdeutsches und wendete den Ton an, wie ihn Kanzelredner oftmals belieben und dem man die Bezeichnung: «pastorales Heulen» beilegt. Während der Rede der Frau Gerber rollte einmal vernehmlich der Donner; hierauf nahm die Sprecherin sofort Bezug und knüpfte ihre Ermahnungen zur Reue, Bussfertigkeit, frommem Leben u. s. w. an.

Den Schluss der Gerber'schen Rede bildete ein Amen, welches von der ganzen Versammlung mitgesprochen wurde. Der ganze Vortrag glich einer minderwerthigen Predigt. Der Zweck, als Predigt oder dergleichen zu wirken, war bei den Anwesenden offenbar erreicht. Ein Anwesender stenographirte den ganzen Wortschwall. Hierauf wurde von der Frau Gerber und von einigen Anwesenden die Aufforderung gestellt, der Frau Gerber Fragen zur Beantwortung vorzulegen. Die Beantwortung der nunmehr erhobenen Fragen geschah recht und schlecht, wie man es von einer Frau dieses Standes erwarten konnte, doch war für Frau Gerber charakteristisch die Unverfrorenheit, mit welcher sie eine Frage des Herrn Diakonus Weichelt annahm und nach ihrer Weise beantwortete. Die Frage lautete: In welchen Theilen des Gehirns befindet sich der Sitz der menschlichen Denkthätigkeit? Frau Gerber antwortete: Mein Lieber, um das Gehirn befindet sich ein Netz, da ist ein Faden daran, der das hält und nun reihten sich in rascher Folge an diesen Unsinn Bibelsprüche, Ermahnungen zur Busse, kurz es kam die eingelernte und eingeübte Thätigkeit auch hier wieder zum Durchbruch.

Nachdem keine Fragen mehr gestellt wurden, schloss Frau Gerber die Augen, machte in derselben theatralischen Art wie beim Aufstehen die rückläufige Bewegung, bis sie wieder auf ihrem Platze sass. Hierauf öffnete sie die Augen und versicherte, dass sie von dem, was mit ihr vorgegangen sei und was sie gesagt habe, nichts wisse. Das aber wusste sie ganz genau, dass sie gesprochen hatte, ja sie gab sogar unaufgefordert und ungefragt an, sie habe an diesem Tage bereits drei ebensolche Sitzungen abgehalten.

Von dem Augenblicke des Wiederniedersitzens und des Oeffnens der Augen bediente sich Frau Gerber ihres gewohnten Dialekts.

Bei der Beurtheilung des ganzen Vorganges kommt es in psychologischer und psychiatrischer Hinsicht darauf an, ob wirklich Erinnerungslosigkeit (Amnesie) bestanden hat.

Würde das letztere der Fall sein, so hätte man es zu thun mit der sogenannten Spaltung der Persönlichkeit, mit dem Doppel-Ich, dem doppelten Bewusstsein, richtiger ausgedrückt mit dem veränderten Bewusstsein. Personen, welche die Spaltung der geistigen Persönlichkeit zeigen, bieten in den abwechselnden Perioden ihres Seelenlebens nicht nur gänzlich verschiedene Zustände dar, sondern sie bewahren auch die Erinnerung jeweils immer nur für den gleichartigen Zustand.

Das veränderte Bewusstsein kommt vor im natürlichen Traum, bei Vergiftungen (Morphium, Aether, Chloroform, Kohlendunst u. dergl.), bei der Katalepsie (Starrsucht), bei der Epilepsie (Fallsucht) als sogenannter Dämmerzustand, psychisches Aequivalent, psycho-epileptische Zustände, in der Hysterie, endlich in dem künstlichen Starrezustand der Hypnose. Am häufigsten, aber immerhin noch selten genug, wird die Spaltung der Persönlichkeit bei Geisteskranken beobachtet.

Den Eindruck einer Geisteskranken, einer Hysterica machte die Frau Gerber während der ganzen Zeit der Beobachtung keineswegs. Ebenso kann man die Vergiftung mit verschiedenen Stoffen, die Katalepsie und die Epilepsie aus dem Kreise unserer Betrachtungen ausschliessen. Auch bei Vergiftungen, bei der Starrsucht und den Dämmerzuständen der Fallsucht erscheint die Spaltung der Persönlichkeit nicht auf Commando oder zu der Zeit, wo sie für einen Darsteller am Platze ist.

Der Zustand des natürlichen Traumes ist bekannt und so verschieden von der Aufführung der Frau Gerber, dass man ihn überhaupt nicht in Erwähnung zu bringen nöthig hat.

Schliesslich könnte es sich nur handeln um einen Hypnosezustand. Wir fassen unter diesem Namen das Thatsächliche zusammen, was nach gründlicher kritischer Sichtung vom thierischen Magnetismus, Mesmerismus, Somnambulismus, Schlafwandeln, Schlafwachen, magnetischem Schlafe, Ekstase, Staturolismus (der gewollte Zustand, französisch Statuvolence) u. s. w. übrig geblieben und Gegenstand exacter Forschung geworden ist. Alle diese Zustände sind eben Traumzustände und es ist für das Traumleben charakteristisch, dass der Kreis selbstthätiger Ideenverbindungen (automatischer Associationen) im Traumleben nicht überschritten wird. Mit anderen Worten, man kommt trotz zahlreicher hypnotischer Versuche in der Erkenntniss des Metaphysischen nicht vorwärts, es bleibt immer das Alte. Kenntnisse und Kunstfertigkeiten, die man nicht gelernt hat, ruft die Hypnose ebensowenig hervor.

Um jedoch von dem Hypnosezustand das volle Verständniss zu gewinnen, müssen wir den natürlichen Traum näher betrachten. Beim natürlichen Traume werden äussere Eindrücke nicht in's Bewusstsein geleitet und, wenn sie überhaupt wirken, so geschieht es als Reizung der wachgebliebenen Reste des Gehirns ohne bewusste Wahrnehmung. Das Vorstellungs- und Denkvermögen, das Gefühls- und Willensleben sind erstarrt und die Ernährungsvorgänge des Gehirns und Eindrücke von Aussen und aus dem Körper regen in der unregelmässigsten Form das Denken und Fühlen und nur selten die Bewegungen an. Regelmässig und öfters einwirkende Reize können allmählich das Gefühls- und Gedankenleben im Traume zu bestimmten Verknüpfungen bringen, sich, sozusagen, bestimmte Traumbahnen ausschleifen und daraus erklärt sich die Wiederkehr gewisser Träume, von denen die Erinnerung auch für den wachen Zustand zurückbleibt.

Für die Traumzustände besteht, wie für alle Zustände des veränderten Bewusstseins, ein Zusammenhang des Gedächtnisses zwischen den auseinander liegenden Traumzeiten, während das Gedächtniss dafür im wachen Zustande fehlen oder lückenhaft sein kann. Erst bei gut ausgeschliffenen Träumen tritt die Erinnerung an sie auch im wachen Zustande auf. Eben dieselben Erscheinungen gewahren wir auch bei der Hypnose.

Bei der Hypnose (schlafähnlicher Zustand) nun handelt es sich um folgende Grundthatsache: Gewisse Individuen lassen sich entweder durch gleichmässiges Fixiren eines glänzenden Gegenstandes und nachfolgendes leichtes Streichen der Stirn, oder durch das fortwährende Zureden: «Du sollst schlafen, Du musst schlafen», in einen eigenthümlich veränderten geistigen Zustand versetzen, welcher eben als Hypnose bezeichnet wird. Die wesentlichste Eigenthümlichkeit des hypnotischen Zustandes, gleichviel auf welchem Wege er erzeugt wird, ob auf die sogenannte physikalische Methode oder auf die zweite Methode, welche man schlechthin Suggestion (Darreichung, Vorschub, das Einblasen, Eingeben) nennt, ist die Suggestibilität (das Vermögen, fremde Einflüsterungen, Unterschiebungen sich zu eigen zu machen). Man kann dem Hypnotisirten Handlungen befehlen, welche man will, automatenhaft führt er sie aus. Man kann beliebige Empfindungen suggeriren, alsbald hat der Hypnotisirte dieselben eben so treu und plastisch und ebenso kritiklos, wie ein Geisteskranker, der an Sinnestäuschungen leidet.

Wie also im Traume, so können durch öftere gleichartige Wiederholungen des Versuches dieselben Bahnen ausgeschliffen werden. Diese Bahnen gerathen selbst bei dem Gedanken an Hypnose in gleichartige Erregung. Je ausgeschliffener aber ein solcher Vorgang im künstlichen Starrezustande der Hypnose ist, desto sicherer ist die Erinnerung von einem Versuche zum anderen und vom Versuche zum wahren Zustande. Man bezeichnet diesen Zustand von Hypnose, bei dem es sich nicht um wirksame Anregung von Aussen handelt, als Autosuggestion (Selbstunterschiebung, Einflüsterung).

Charakteristisch aber bleibt auch für die Autosuggestion, falls sie nicht bloss vorgetäuscht wird, die Erinnerungslosigkeit an den hypnotischen Zustand, die Kritiklosigkeit der Handlung und die Willensbeschränkung.

Dass die Frau Gerber ihren Zustand, in dem sie predigte, genau kannte, ging schon aus ihrer mit grosser Selbstgefälligkeit gemachten Aeusserung hervor, dass sie an dem gedachten Tage bereits dreimal ebensolche Sitzungen gehalten habe. Ausserdem ist die spontane Entwickelung einer zweiten Persönlichkeit, der Spaltung des Ich, bei sonst Gesunden überaus selten. Die Art und Weise, wie Frau Gerber ihren zweiten Geist nach Bedürfniss citirte, ist nun vollends niemals beobachtet worden. Wohl aber muss man darin einen urgrossväterlichen Rest des Dämonenglaubens, der uralten Besessenheitsvorstellung, im Gewande der Lüge und Täuschung sehen.

Von Kritiklosigkeit konnte bei Frau Gerber schliesslich keine Rede sein. Sie übte Kritik aus so gut und so schlecht, als sie eben konnte. Die unsinnige Erklärung auf die Anfrage des Herrn Pastor Weichelt ist der beste Beweis. Ebenso übte Frau Gerber an der gemachten Sinneswahrnehmung des Donners eine nicht unüble Kritik aus. Leute im wirklich hypnotischen Zustande lassen sich durch andere Sinneseindrücke als durch die suggestiven und suggestiblen in ihren Vorstellungen nicht stören. Die Gedanken haben ihren eigenen suggestiven Zug und das Phantasiebild gewährt für andere Eindrücke keinen Raum.

Schliesslich konnte auch bei Frau Gerber von Willenlosigkeit keine Rede sein. Sie hielt ihren langathmigen Vortrag nach ihrer Art und Weise kunstgerecht, beschloss dann denselben mit einem Amen, kam damit also zu einem abrundenden Abschluss und forderte hierauf die Anwesenden auf, Fragen zu stellen, die sie beantworten wolle. Kann es einen besseren Beweis eines völlig unabhängigen, zielbewussten Wollens geben? Ihre gezierte Sprechweise verrieth klar und deutlich, dass sie anders, besser erscheinen wollte, als man es vermuthen konnte. Es gehört eine grosse Aufmerksamkeit dazu, um in einer längeren Rede einen anderen Stimmfall zu bewahren, um eine manierirte Art und Weise des Sprechens beizubehalten, anders als man sie im gewöhnlichen Leben ausübt.

Unterscheidet man nun nach dem Vorgange der Lehre vom Denken die äussere Aufmerksamkeit von der inneren, so kann man bei Frau Gerber beide Arten mit Leichtigkeit finden. Die Verwerthung des sinnlichen Eindruckes des Rollens des Donners liefert den Beweis, dass ihre Erregbarkeit vollständig erhalten war. Ihre Erregung aber hat sie bethätigt durch die Annahme und Durchführung eines gezierten (manierirten pastoralen) Stimmenfalls, mit dem sie ihrer Rede den Eindruck sichern wollte. Bei Hypnotisirten handelt es sich stets um ein inferiores, geistiges Leben. Trotzdem Frau G. mit parallelen Augenachsen in die Unendlichkeit zu sehen schien, war doch der Ausdruck ihrer Augen kein starrer.

Charakteristisch ferner ist für Hypnotisirte die Monotonie in der Ausdrucksbewegung und in den psychischen Aeuserungen.

Was endlich Form und Inhalt der Rede anlangt, so ist für derartige Leute der Eifer, der Fanatismus maassgebend, um Beides zu erklären. Zum Halten einer freien Rede gehört vor Allem natürlicher Menschenverstand, gutes Gedächtniss und festes Zutrauen zur eigenen Persönlichkeit. Es liegt uns ferne, diese drei Erfordernisse bei Frau Gerber in Abrede zu stellen, im Gegentheil müssen wir solche als in hohem Maasse vorhanden zugeben. Mit diesen drei erforderlichen Mitteln ausgerüstet wird auch ein minder Gebildeter leidlich gut sprechen. Der Gebildete stockt und stottert leicht aus Bescheidenheit. Weiter kommt bei Frau G. als förderndes Moment hinzu die Uebung, die seit langer Zeit ihr diese Art des Vortrags geläufig macht.

Was den Inhalt anlangt, so konnte von einer Steigerung oder gar von dem Erscheinen einer neuen Seelenkraft keine Rede sein. Das Ganze entsprach der Bildungsstufe, wie sie durch die gewöhnliche Schulbildung und durch eifriges Lesen und Auswendiglernen von Predigtstücken, Bibelsprüchen, Gesangbuchsstrophen u. dergl. bei mittlerer Befähigung erlangt werden kann. Dass Frau Gerber ihrer gewohnten Umgebung gegenüber mit ihrem geistigen Können glänzte, ist eine Thatsache, die ihrer Persönlichkeit offenbar schmeichelhaft ist. In den Kreisen, in welchen sie ihre Productionen zum Besten gibt, wird sie als Medium angesehen, d. h. als ein Mensch, der mit dem Ueberirdischen in Verbindung steht.

In einigen anderen spiritistischen Versammlungen hatte übrigens Frau Gerber sich gestellt, als ob die Seelen verstorbener Angehöriger zu den Anwesenden sprächen und zwar aus ihr heraus, lediglich durch ihre körperliche Vermittelung. Die Komödie wuchs auf diese Weise in's Riesige und die Albernheit der Gläubigen in's Fratzenhafte.

Vom Standpunkt des Sachverständigen aus muss ich das beobachtete Gebahren der Frau Gerber als auf Trug und Täuschung basirend erklären, und zwar mit der Absicht verbunden, Irrthum und Täuschung über ihren Zustand unter anderen Menschen hervorzurufen.

Weiter kam hierbei zur Sprache, dass durch derartige spiritistische Productionen geistig schwache Naturen leicht Noth leiden und in Geisteskrankheit verfallen.

Gegen die Bestrafung nach § 360 Abs. 11 des Strafgesetzbuches mit M. 60 oder 12 Tagen Haft wegen groben Unfugs durch den Stadtrath trug die Bestrafte auf gerichtliche Entscheidung an.

Vor Gericht wollte nun die Gerber die Sache so darstellen, als ob sie selbst nichts dazu thue, als ob es plötzlich über sie komme. Das Schöffengericht jedoch bestätigte das Erkenntniss und sprach zugleich aus, dass von einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit, durch welche die freie Willensbestimmung der G. ausgeschlossen gewesen sei — § 51 St.G.B. — nicht wohl die Rede sein konnte.

Der Ehemann trug auf Entscheidung, durch das Landgericht an. In dem Berufungstermin am 29. Januar 1897 führte die Frau G. ihren «Traumzustand» dem Landgerichte wirklich vor. Als man aber ernstlich Anstalt machte, die Predigerin aus dem Saale zu entfernen, schloss die Frau ihren Sermon mit einem Amen.

Ueber die Aeusserung der Frau G., eine innere Stimme nöthige sie, die geschilderten Productionen auszuführen, wurden noch folgende sachverständigen Bemerkungen gemacht.

Den Sinnestäuschungen sind alle Sinne unterworfen, besonders aber das Gehör, und angeblich fortwährend gehörte geheime Stimmen mit dem Zuruf: Du musst es thun! sollen in nichts weniger als seltenen Fällen die letzte Veranlassung, in nicht wenigen sogar, nach consequenter Behauptung der Angeschuldigten, beim Mangel jeder anderen Ursache zur That, die einzige und ausschliessliche Veranlassung zu Uebelthaten gewesen sein, weil die Angeschuldigten des lästigen und immer lästiger werdenden Drängens sich zuletzt nicht mehr hätten erwehren können. In grossen Criminalgefängnissen macht die Mehrzahl aller schweren Verbrecher, wenn die That eine kürzer oder länger vorbedachte und nicht die Frucht einer augenblicklichen Aufwallung war, als letztes Wort in der Unterredung eben diese Aeusserungen: Ich begreife jetzt selbst nicht, wie ich dazu gekommen bin, aber es war mir, als ob ich es thun müssste, ich dachte Tag und Nacht daran und hatte keine Ruhe, der Gedanke kam mir immer wieder, dass ich es ausführen müsste u. dergl.

Wenn irgend etwas blendend und verführend klingt, wenn irgend etwas den Unterschied zwischen bewusstem Wollen und Thun und blindem Antrieb durch Geistesstörung und Sinnestäuschung anzudeuten scheint, so ist es gewiss solche Angabe von der zuflüsternden Stimme: Thue es, Du musst es thun! Diese geheimen Stimmen aber sind ganz anders zu deuten. Zunächst wird ein grosser Theil von Vergehen auszuscheiden sein, in denen die Angeschuldigten, um die nicht klar ersichtliche wirkliche Veranlassung zu ihrer That aus guten Gründen hartnäckig zu verschweigen, mit dieser naheliegenden Ausrede hervortreten. Bei wirklichen Sinnestäuschungen durch Geisteskrankheiten lässt sich die Geisteskrankheit selbst schliesslich nachweisen. Sonst aber ist die angeblich gehörte Stimme mit dem Zuruf: Du musst es thun! nichts Anderes, als die eigene Stimme des bösen Princips in der Brust des Thäters, die nach dem kürzeren oder längeren Kampfe des sittlichen Principes mit dem unsittlichen, beim Abwägen der Vortheile der That mit ihren Nachtheilen, die Waagschale zu Gunsten des unsittlichen sinken lässt. Der Anreiz zur That überwiegt den Gegenreiz und die That geschieht. Je lockender durch immer wiederholtes Erwägen die Vortheile für den Thäter werden, um so dringender fühlt er sich zur Ausführung hingezogen und so ist es wohl begreiflich, wenn er in solchem Kampfe keine Ruhe hat und wohl sehr erklärlich, wenn es bei solchem inneren Vorgange ihm immer mehr und mehr so vorkommt, als müsste er es thun. Diese Stimme aber, die der Verbrecher zu hören angibt, ist nichts weiter, als die Stimme des eigenen Ichs, welches der Uebelthäter natürlich als etwas ihm Fremdes hinstellen möchte.

Die Berufung des Gerber wurde verworfen. Auch ihre Production vor dem Gerichte hatte nichts geholfen, im Gegentheil hatte das Gericht durch Augenschein die versuchte Täuschung durch die Angeklagte festgestellt. Schliesslich wurde das Erkenntniss auch vom Oberlandesgericht bestätigt.

Im Herbst des Jahres 1896 feierte die obengenannte Hebamme Röber ihr 25jähriges Jubiläum als Hebamme. Zur Verherrlichung des Tages wurde eine Frau Rothe aus Chemnitz herbeigerufen, die als spiritistisches Medium eine Sitzung dieser Richtung abhalten sollte und auch wirklich abhielt. Frau R. verfiel anscheinend in Schlaf und hielt alsdann eine schöne Rede, die in Folge ihrer Herzlichkeit und Eindringlichkeit zur Rührung und zum Ergriffensein der Anwesenden führte. Alsdann wachte Frau R. auf und versicherte, sie wisse von dem Vorgefallenen nichts. Hierauf setzte man sich zu Tische und nach dem Essen theilte Frau R. Blumen aus, welche die Geister während der Zeit des Essens aus Nizza herbeigeschafft hatten, und Muscheln, welche das Fluidum von dem Meeresgrunde herbeigeholt hatte. Eine anwesende Hebamme meinte, die Muscheln könnten nicht aus dem Meere sein, sie röchen ja gar nicht nach Schlamm. Eine andere Hebamme bekundete, dass sie gesehen habe, wie die Frau R. die Muscheln unter ihrem Kleide hervorholte, auch seien eine oder zwei Muscheln der Frau R. unter dem Kleide herab auf die Erde gefallen.

Als Sachverständiger hatte ich folgende Ausführungen zu machen:

Der Wille der Frau Rothe war in vollem Bewusstsein darauf gerichtet, eine sogenannte spiritistische Sitzung abzuhalten. Münsterberg hat mit Recht darauf hingewiesen, dass das Vorausgehen der Vorstellung einer Bewegung dieser Bewegung den Charakter der willkürlichen Bewegung gibt. So wird man auch der Ausführung der spiritistischen Sitzung nach diesem Grundsatze den Charakter der willkürlichen Handlung nicht vorenthalten können. Man wird auch zugeben, dass Jemand bei einiger Uebung eine derartige erbauliche Rede halten kann und zwar in einem Zustande, als ob man schliefe. Die Erinnerungslosigkeit wurde ebenfalls zurückgewiesen.

Weiter hatte man von psychischen Kräften unbekannter Natur gesprochen, welche solche Productionen ermöglichten, wie sie von Frau R. ausgeführt worden sind. Man nimmt an, «dass das Geistige, das Psychische gerade so wie das Physische einer directen Betrachtung zugänglich sei. Man untersucht die inneren Vorgänge, die Bewusstseinsinhalte ebenso objectiv, wie man die physischen Veränderungen eines Menschen untersucht. Diese Annahme ist aber nicht ohne Weiteres zulässig. Betrachtet man mit unbefangenen Augen einen Menschen, so kann Niemand etwas wahrnehmen, was nicht physische Erscheinung wäre. Der Mensch bewegt sich, spricht, erscheint uns als betrübt oder erfreut u. s. w., in allen diesen Fällen beobachten wir die Bewegung, hören die Worte, die auch als Bewegungen betrachtet werden müssen, sehen die Gesichtszüge und Geberden, lauter physische Vorgänge. Wir können solche Beobachtungen verfeinern und verschärfen, in's Gehirn eindringen und sogar unmittelbar die Zellenerregungen verfolgen, den ganzen physischen Vorgang in seinen Einzelheiten

ermitteln, nirgends finden wir etwas, das als Psychisches bezeichnet werden kann. Das Psychische ist der objectiven Betrachtung unzugänglich. Wie kommen wir also überhaupt zu dem Psychischen, woher haben wir Kenntniss desselben? Erst wenn wir das beobachtende Individuum, uns selbst, in Betracht ziehen. Für uns haben unsere Bewegungen, unsere Worte u. s. w., Vergnügungen und Besorgnisse nicht nur eine mechanische Bedeutung, sie haben auch eine psychische, eine amechanische (Avenarius). Indem wir annehmen, dass die Mitmenschen Individuen sind wie wir und wir Individuen wie sie, indem wir auf Grund der Analogie unsern Standpunkt mit dem fremden vertauschen, kommen wir zu der Annahme, dass auch die Bewegungen der Mitmenschen mechanisch zu deuten sind. Nichtsdestoweniger ist diese Annahme, mag sie berechtigt oder unberechtigt sein, eine Annahme und keine Beschreibung. Sie ändert an der Thatsache nichts, dass wir an Anderen nur das Physische beobachten können und nur an uns selbst das Psychische.

Das Verhältniss des Psychischen zum Physischen gestaltet sich somit als das Verhältniss des Eigenen zum Fremden.

Das Psychische dient dem Menschen in dem Verkehr mit dem Menschen dazu, dass es zur Nacherzeugung fremder Erfahrungen nöthig wird.

Alles Psychische besteht doch aus Empfindungen; die Aenderung des psychischen Zusammenhanges muss in der Aenderung der Empfindung ihren Ausdruck finden.

Wenn man von psychischen Kräften redet, so versündigt man sich gegen Vielerlei. Zunächst ist das Psychische aus Empfindungen bestehend, die durch Kräfte angeregt werden. Diese Empfindungen finden ihren Ausdruck erst in den Bewegungsorganen, eine Uebertragung psychischer Kräfte kann also desshalb nicht stattfinden, weil wir es beim Psychischen mit Kräften nicht zu thun haben.

Bei der Verhandlung gegen Frau R. fungirte ein Rechtsanwalt aus Berlin, den die Spiritisten, welche zahlreich erschienen waren, als Vorkämpfer in's Feuer geschickt hatten. Derselbe stellte auf die Aeusserung des Sachverständigen, der spiritistische Unfug müsse endlich aufhören, die Frage, ob der Sachverständige allen Spiritismus als Unfug ansehe? Dies wurde bejaht und zwar mit folgenden Ausführungen.

Diese Verirrungen des Geistes deuten auf eine erkrankte, angefaulte Einbildungskraft, welche nach dem Allerheiligsten hintappt und sich in dem Schmutze der sinnlosesten Abscheulichkeiten wälzt. Der uns Menschen angeborene Hang zum Aberglauben ist schon schlimm genug, doch ihn zum System aufzubauen und sich einzubilden, dass wir damit die Grenzen von Gottes Reich der Geister berühren, ist etwas, was unsere Seele unsagbar verletzen muss. Zerrüttete Nerven und entartete Gemüther sollen zu Dolmetschern der Wahrheit gemacht werden, zu Schlüsseln, welche die Thore des Himmels erschliessen, die Geheimnisse der Zukunft aufdecken sollen. Die Krankheit wird als Prophetin der Weisheit aufgestellt und damit die Sünde, der Tod, der Teufel zu Herren der Welt gemacht. Gottes Wahrheit und des Menschen Segen weilt in der vollen Gesundheit, auf der breiten Landstrasse des gesunden Menschenverstandes, im hellen Sonnenschein der Seele. Alles Verständniss, alles Genie liegt nur in der Fähigkeit, in den gewöhnlichen Dingen das Wunderbare zu erblicken.

Die spiritistischen Anschauungen von dem Zustande des Geistes nach dem Tode sind unwürdig. Am verderblichsten erscheint das Zerrbild, welches das spiritistische System von dem Walten einer höheren Weltordnung entwirft, indem es Menschen von ganz gewöhnlicher geistiger und sittlicher Begabung zu Trägern übernatürlicher Kräfte und damit zu auserlesenen Werkzeugen der Vorsehung stempelt. In allen diesen Zügen und vor Allem in der Materialisation der Geister verräth sich eine grob materialistische Tendenz, deren sich wohl die Meisten nicht bewusst werden.

Ausserdem wurden noch Belege dafür beigebracht, das mehrere Leute durch Antheilnehmen an spiritistischen Sitzungen u. dergl. geisteskrank geworden waren. Dieser Umstand bot für das Schöffengericht den Grund zur Verurtheilung. Die Verurtheilte fasste hierbei Beruhigung.

Referate und Bücheranzeigen.

Dr. med. **Albert Oppel,** ao. Prof. a. d. Univ. Freiburg i/B.: **Lehrbuch der vergleichenden mikroskopischen Anatomie der Wirbelthiere.** Zweiter Theil. **Schlund und Darm.** Mit 343 Textabbildungen und 4 lithographischen Tafeln. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1897. 682 pag. Preis Mk. 20.—.

Als im Jahre 1896 Oppel den ersten starken Band seiner Mikroskopischen Anatomie herausgab, hätte wohl niemand für möglich gehalten, dass schon so bald eine Fortsetzung folgen würde; denn dieser erste Band bereits bedeutete eine Kraftanstrengung ersten Ranges und man hatte danach die Vorstellung, dass der Autor sich erst würde von Neuem sammeln müssen. Die Thatsache, dass nunmehr schon der zweite Band, behandelnd Schlund und Darm, vorliegt, ist ein ausserordentliches Zeugniss für die Leistungsfähigkeit des Autors. Eine literarische Erscheinung wie diese ist wohl nur auf dem deutschen Büchermarkte möglich, denn es gehört der ganze Fleiss, die Ausdauer, Zähigkeit und Gewissenhaftigkeit eines deutschen Gelehrten dazu, um ein Werk von solchem Umfange und von solcher Gründlichkeit zu zeitigen. Die vorliegende Arbeit trägt, wie die vorangegangene Monographie über den Magen, den Charakter eines Sammelwerkes, in welchem Alles berücksichtigt worden ist, was jemals über das einschlägige Thema geschrieben worden ist. Die Eintheilung des Stoffes ist nach der Ansicht des Ref. diesmal sehr viel glücklicher ausgefallen als bei dem ersten Bande, da die Disposition sich früher mehr an die Lehrbücher der vergleichenden Anatomie anschloss, diesmal die Capiteleintheilung nach histologischen Materien mehr im Vordergrund steht, so dass für den Leser die Orientirung in dem ungeheuren Materiale leicht ist. In den einschlägigen Abschnitten werden alle Fragen, die jemals auf den betreffenden Gebieten zur Verhandlung gekommen sind, in vollkommen objectiver Weise aufgerollt und besprochen. Wie im ersten Bande, so ist auch hier wiederum äusserst wohlthuend zu sehen, dass der Autor Sinn und Bedeutung der mikroskopischen Bilder in der Physiologie sucht, welche für den Morphologen ja immer Salz und Würze der wissenschaftlichen Arbeit abgeben muss. Auf Einzelnes können wir hier nicht eingehen; wir empfehlen die bisher erschienenen Theile der Oppel'schen mikroskopischen Anatomie Jedem, der ein Interesse daran hat sich über den gegenwärtigen Stand der Untersuchungen auf dem Gebiete des Magen-Darmcanals eingehender zu unterrichten. Die Ausstattung des Buches ist vortrefflich, besonders die Illustration reichlich und so tüchtig, wie bei vielen Werken der Fischer'schen Verlagsbuchhandlung.

Martin Heidenhain.

L. Lewin, Prof. Dr. in Berlin: **Lehrbuch der Toxicologie.** 2. vollständig neubearbeitete Auflage. Mit 7 Holzschnitten und einer Tafel. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1897.

Die Fortschritte, welche in den seit der ersten Auflage verflossenen 12 Jahren auf dem Gebiete der Toxicologie gemacht sind, hat der Verfasser mit grossem Fleisse in sein Buch zu verweben verstanden, das durchweg, wie es der Titel besagt, vollständig neu bearbeitet ist. Den Stoff theilt der Autor in Anorganische Gifte, Kohlenstoffverbindungen, Pflanzengifte (in botanischer Anordnung), Thiergifte, Metabolische Gifte, worunter er alle Gifte versteht, die durch abnorme Stoffwechselvorgänge im thierischen Körper oder durch Bacterienthätigkeit entstehen.

Der Verfasser hat sich die Aufgabe gestellt, trotz des engen Rahmens «den vollständigsten und weitesten Ueberblick über das toxicologische Material unserer Erde zu geben», was natürlich zur Aufnahme unzähliger, fast unbekannter Giftpflanzen u. dergl. geführt hat. Referent hat den Eindruck bekommen, dass, namentlich bei den ausländischen Giftpflanzen die nicht Arzneidroguen sind, stellenweise des Guten zu viel geschehen sei und dass daneben gelegentlich wichtige andere Dinge beinahe zu kurz gekommen seien. So ist z. B. 1 Seite grosser Druck über die in Deutschland gar nicht vorkommende Oenanthe crocata entschieden zuviel, wenn man dagegen liest, was über Coffein gesagt ist. Auch sonst wäre noch im Einzelnen nach des Referenten Ansicht Verschiedenes etwas anders zu fassen gewesen, bei den Literaturcitaten ist z. B. die Auswahl nicht immer leicht verständlich, was die pathogenen Protozoen in dem Buche thun, ist nicht recht klar — aber all' diese Einzelheiten setzen den Werth der fleissigen, klaren Arbeit des auf den verschiedensten Gebieten selbst erfahrenen Autors nicht herab. Das Buch wird auch in dieser neuen Form mit Recht viele Freunde finden.

K. B. Lehmann.

Monnier: Ueber die Behandlung von Nervenkranken und Psychopathen durch nützliche Muskelbeschäftigung. Inaugural-Dissertation Zürich 1898.

Verfasser berichtet über die schon seit 1893 von Forel angestellten Versuche, Nerven- und Geisteskranke unter Anleitung mit regelmässiger, individuell angepasster Arbeit zu beschäftigen und die damit erzielten Resultate. Diese Versuche wurden in dem Institute des Civilingenieurs Grohmann in Zürich aus-

geführt. Als geeignete Beschäftigungsarten erwiesen sich die Gärtnerei (hier namentlich das Graben), die Tischlerei, die Typographie, das Tapeziren, Zeichnen und Modelliren. Diese Beschäftigungscuren wurden mit hypnotischen combinirt. Bei schlechten Gewohnheiten und mangelnder Arbeitslust wurde hypnotische Suggestion zu Hilfe gezogen.

Nicht zu beeinflussen waren durch diese Arbeitscuren die acuten Psychosen, die Hypochondrie und die chronische Paranoia. Günstige Erfahrungen sollen dagegen erzielt worden sein bei Hysterie, Neurasthenie, Imbecillen und Psychopathen.

Wenn Verfasser zum Schlusse seiner Arbeit schreibt, dass die ganze Sache neu sei, so dürfte er doch hierin auf einigen Widerspruch stossen, denn in den meisten Irrenanstalten wird schon seit länger auf zweckentsprechende Beschäftigung der dazu geeigneten Kranken unter sachverständiger Aufsicht und Anleitung grosses Gewicht gelegt. v. Rad.-Nürnberg.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für Gynäkologie, No. 19, 1898.

1) R. v. Braun-Fernwald: **Wiederholter Kaiserschnitt in einem Falle hochgradiger Spondylolisthesis.**

Es handelt sich um eine Frau, bei der am Ende der 5. Gravidität der Kaiserschnitt mit lebendem Kinde ausgeführt worden war; bei der 6. Gravidität kam es zum künstlichen Abortus, bei der 7. machte B.-F. dis Porro-Operation. Das Kind starb am folgenden Tage an Lebensschwäche, die Mutter genas. Will man die künstliche Sterilität ohne Exstirpation des Uterus herbeiführen, so empfiehlt B.-F. nach doppelter Unterbindung die Tuben zu durchtrennen, dann den uterinen Stumpf der Tube unter den Peritonealschlitz zu stülpen und das Peritoneum darüber zu vernähen.

2) E. Fraenkel-Breslau: **Vorfall des Netzes am 3. Tage nach vaginaler Radicaloperation. Spontanreposition in Knie-Ellbogenlage. Glatte Heilung.**

Hinzuzufügen wäre noch, dass es sich um eine 44jährige Frau handelte, der F. wegen Retroflexio uteri, chronischer hyperplastischer Metritis und Perimetritis die Radicaloperation nach Doyen-Landau machte. Der Netzvorfall erfolgte durch zu frühe Entfernung des Bauchhöhlentampons, 48 Stunden p. o., was F. in der Befürchtung eines beginnenden Ileus that. Das Ausbleiben einer Infection des Peritoneums durch das reponirte Netz erklärt F. aus der sehr frühzeitig nach dem Einbringen eines Gazedrains erfolgenden Verlöthung der den letzteren umgebenden Därme.

3) G. Kalmus-Berlin: **Ueber den Werth der bisherigen Temperaturmessungen im Wochenbett.**

K. rügt an den bisherigen Temperaturmessungen aus den Gebäranstalten, dass sie nur 2mal am Tage ausgeführt werden. Hierbei können häufig Temperatursteigerungen ganz unbemerkt bleiben. Hieraus erklärt sich vielleicht die Verschiedenheit der Berichte über die Wirkung der Scheidendesinfection auf den Verlauf des Wochenbetts. K. verlangt von den Universitätsanstalten, dass sie womöglich 2stündliche Messungen vornehmen lassen, zunächst einmal um den Werth der Scheidendesinfection festzustellen.

4) Karl Heil-Darmstadt: **Congenitale Einrisse an der Cervix uteri.**

H. berichtet über 3 Beobachtungen bei Nulliparen, wo das Os ext. uteri ein deutlicher Querspalt war, und an dessen linker Seite eine Einkerbung sich vorfand, die sich in die Cervix fortsetzte. Dieser Befund ist forensisch wichtig, da man bisher annahm, dass Einrisse oder Einkerbungen am Muttermund ein sicheres Zeichen vorangegangener Geburten seien. Entwickelungsgeschichtlich entsteht die congenitale Einkerbung durch mangelhafte Verschmelzung der beiden sichelartigen Epithelzapfen, aus denen die Portio vaginalis angelegt wird. Jaffé-Hamburg.

Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1898, Bd. 47, 1. Heft.

1) Klemm: **Ueber die Grundprincipien der Säuglingsernährung.**

Hinweis auf die auch von Monti so nachdrücklich betonte Verschiedenheit des qualitativen Verhaltens der Milch, abhängig von der Dauer der Lactation, dem Gesundheitszustand der Stillenden in körperlicher und geistiger Hinsicht u. s. w. Speciell Reizbarkeit und Nervosität der Stillenden haben den nachtheiligsten Einfluss auf die Milch, deren längerer Genuss hochgradige Rachitis bedingt. Dyspepsie der Stillenden verursacht Dyspepsie des Säuglings. Von besonderem Interesse ist der Eisengehalt der Milch, der bei gesunden Stillenden in jedem Fall viel höher, selbst 10mal höher ist als bei anaemischen, sehr reizbaren, schwächlichen Müttern rachitischer Kinder.

2) Fröhlich: **Ueber die Veränderungen der peripheren Lymphdrüsen bei den chronischen Magen-Darmkrankheiten des Säuglingsalters.**

Histologische Untersuchung von Lymphdrüsen bei Kindern bis zu 1½ Jahren im Verlauf chronischer Magendarmkatarrhe. Einfache Hyperplasie, ferner Hypertrophie, interstitielle Veränderungen mit Gefässneubildung, kleine Haemorrhagien, sowie partielle Nekrosen kommen vor. Bacterienbefund negativ in allen Fällen. Diese Veränderungen sind der Ausdruck der allgemeinen Intoxication. Die Schwellung der peripheren, speciell auch der Inguinaldrüsen beim Kinde, deutet auf chron. Magendarmerkrankungen hin, beweist keinesfalls Skrophulose.

3) Troitzky: **Grösse der Arzeneidose in Abhängigkeit von den Eigenthümlichkeiten des wachsenden Organismus.**

Wegen des Stiles meist unverständlich. Behandelt den Einfluss der Entwickelung der einzelnen Organe wie ihrer Function, des Wachsthums, Körpergewichtes u. s. w. auf die Wahl der Dosis der Medicamente im Kindesalter. Zum Referat gänzlich ungeeignet.

4) Cassel: **Ein Beitrag zur Quincke'schen Lumbalpunction im Kindesalter.** Nichts Neues. Beitrag zur Casuistik.

5) Leo: **Ueber Coincidenz von Masern und Pemphigus.**

Beobachtung von 4 Geschwistern mit Pemphigus im Verlauf von Masern, wie Klüpfel, Loeschner und Steiner sie ebenfalls bei Geschwistern beobachteten. Verfasser pflichtet Henoch im Gegensatz zu Steiner bei, dass es sich um 2 ganz verschiedene Krankheiten handelt.

6) Fronz: **Diagnostik der Fremdkörper in den Luftwegen.**

Casuistik einschlägiger Beobachtungen aus der Literatur mit specieller Berücksichtigung der Diagnose der Aspiration, welche bestimmend beeinflussen: 1. Meist gutes Aussehen der Kinder. 2. Plötzlicher Beginn. 3. Mehr als bei Croup anhaltender Hustenreiz. 4. Lange Dauer der Stenose. 5. Exspiratorische Dyspnoe.

7) K. Basch: **Die Entstehung des Caseïns in der Milchdrüse.**

Verfasser kommt auf Grund histologischer Untersuchungen secernirender Milchdrüsen und sehr interessanter chemischer Analysen zu dem Schluss, dass zur Entstehung des Caseïns in der Milchdrüse sich die beiden Factoren verbinden, die früher von ihren Vertretern Kemmerich-Markny resp. Voit-Fürstenberg je als allein wirkend behauptet wurden, so dass «das Caseïn in der Milchdrüse dadurch entsteht, dass die Nucleinsäure des frei gewordenen Kernes sich intraalveolär mit dem transsudirten Serum zu einem Nucleoalbumin, dem Caseïn verbindet.»

8) K. Basch und Weleminsky: **Ausscheidung von Krankheitserregern durch die Milch.**

Die Verfasser beweisen einwandsfrei, «dass nur die Bacterien in die Milch übergehen — vom Blute aus — die entweder Haemorrhagien oder andere locale Erkrankungen in der Milchdrüse setzen, durch welche der normale Zusammenhang dieses Organs gestört wird.» Staphylococcen wie Streptococcen gehen nicht über.

9) Schlossmann: **Ueber die muthmaasslichen Schicksale des Mehles im Darm junger Säuglinge.**

Verfasser sucht auf Grund von Reagensglasversuchen den von Heubner und Carsten erbrachten Beweis, dass entgegen der Angabe der meisten Lehrbücher auch schon in den ersten Lebensmonaten der Säuglingsdarm einen Theil eingeführten Mehles verdaut, zu entkräften. Seine Versuche gipfeln in dem Schluss: «Die Hauptaufgabe jeder Therapie im Säuglingsalter bleibt stets, den Patienten möglichst rasch auf entsprechend verdünnte, überfettete oder gezuckerte Milch ohne jeden Mehlzusatz zurückzuführen. Gegen den jetzt unter den Collegen üblichen Schematismus (sic!), reflectorisch (!) Kalomel und Mehlsuppe zu verordnen, kann nicht energisch genug Front gemacht werden.» Gegen diese Belehrungen und Ausführungen macht nun, allerdings energisch genug, Front:

10) Heubner, in seinen antikritischen Bemerkungen: **Säuglingsdarm und Mehlverdauung.**

Der kleine, kaum 5½ Seiten lange Artikel ist, was die Person des Verfassers wie den Gegenstand betrifft, in jeder Beziehung interessant. Erfreulich ist die scharfe Zurückweisung der heute nur allzusehr geübten Art, auf rein theoretische Vermuthungen und Reagensglas- und Brutschrankversuche hin alte, durch die praktische Erfahrung festgestellte Thatsachen leugnen zu wollen. Siegert-Strassburg.

Berliner klinische Wochenschrift, 1898. No. 20.

1) W. Zinn-Berlin: **Zur Diagnose der Persistenz des Duct. arter. Botalli.**

Die Diagnose stützte sich in dem betr. Falle (37jähr. Dienstmädchen) auf folgende Punkte: Verbreiterung des Herzens nach rechts, Verlängerung der Herzdämpfung nach oben entlang dem l. Sternalrand (cfr. Zeichnung), starkes systolisches, in die Diastole hinüberreichendes Schwirren und Geräusch, Fortleitung des letzteren in die Halsgefässe und den l. Interscapularraum, Fehlen von Cyanose. Das Röntgenbild zeigte entsprechend den grossen Arterien einen Schatten, der hier aus den sonstigen klinischen Symptomen als jener der Art. pulmon. zu deuten ist.

2) S. Gottschalk-Berlin: **Ueber den Heilwerth und die Anzeigen der vaginalen Unterbindung der Vasa uterina bei Uterusmyomen.**

Cfr. Referat pag. 441 der «Münch. med. Wochenschrift».

3) A. Gottstein-Berlin: **Ueber Blutkörperchenzählung und Luftdruck.** Schluss folgt.

4) Greeff-Berlin: **Ueber acute Augenepidemien.**
Cfr. Referat pag 407 der «Münch. med. Wochenschrift».
Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift No. 20.

1) G. Scagliosi: **Beitrag zur pathologischen Anatomie des Centralnervensystems bei der acuten Anaemie.** (Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Palermo.)

Der histologische Untersuchungsbefund eines Falles von acuter Anaemie weist darauf hin, dass die verminderte Zahl von rothen Blutkörperchen im Stande ist, schwere Veränderungen in den Ganglienzellen hervorzurufen. Die als Hauptbefund erwähnte Schwellung der Nervenzellen, sowie der Zerfall der Nissl'schen Zellkörperchen müssen als der Ausdruck einer mangelhaften Zellernährung in Folge der verminderten Sauerstoffzufuhr durch die als Sauerstoffträger fungirenden rothen Blutkörperchen angesehen werden.

Da bisher Untersuchungen über die Wirkung einer allgemeinen acuten Anaemie auf die feineren Structurverhältnisse der Ganglienzellen in der Literatur noch nicht verzeichnet sind, füllt diese Arbeit eine Lücke und dürfte zu Nachprüfungen in dieser Richtung anregen.

2) P. Grawitz: **Ueber uraemische Darmgeschwüre.** (Aus dem pathologischen Institut der Universität Greifswald.)

Vortrag, gehalten im Greifswalder medicinischen Verein am 5. März 1898. Referat siehe diese Wochenschrift No. 18, pag. 583.

3) Ossian Schaumann und T. W. Tallquist-Helsingfors: **Ueber die blutkörperchenauflösenden Eigenschaften des breiten Bandwurms.**

Aus den Experimenten der beiden Autoren erhellt, dass eine Darreichung von Bothriocephalus latus, sei es in Natur oder in Extractform, per os oder subcutan, bei Hunden eine ausgesprochen globulicide Wirkung äussert, während bei Kaninchen wenig oder keine Wirkung auftritt. Versuche über die Natur und die wechselnde Virulenz dieses Blutgiftes stehen noch aus.

4) Bruno Leick: **Leberabscess durch Ascaris lumbricoides.** (Aus der medicinischen Universitätsklinik in Greifswald.)

Ein weiterer Beitrag zu der bisher nur die bescheidene Zahl von 18 Fällen umfassenden Casuistik.

5) Kurt Brandenburg und G. Hupperz: **Ueber die Verwendung der Alcarnose zu Ernährungsklysmen.** (Aus der medicinischen Universitätsklinik zu Giessen.)

Die von Hiller dargestellte Alcarnose, ein Albumosen- und Maltosegemisch, das die zwei Hauptvertreter der Nährstoffe, Eiweiss und Kohlehydrate in einer für den Dickdarm besonders geeigneten Form, in verdautem Zustande enthält, empfiehlt sich in besonderem Grade für die Verwendung als Nährklysma, da nach den angestellten Versuchen bis zu drei Viertel der eingeführten Substanz resorbirt wurden.

6) E. v Düring-Constantinopel: **Zur Lehre von der Lepra, Contagion und Heredität.** Schluss folgt.

7) Piorkowski-Berlin. **Ein neuer heizbarer Färbetisch.**

Der besonders für Laboratorien empfehlenswerthe Apparat wird von Lautenschläger-Berlin hergestellt.
F. Lacher-München.

Wiener klinische Wochenschrift. 1898. No. 19.

1) H. Goldmann-Brennberg: **Ueber Anchylostomiasis.**

Die 470 bisher vom Verf. untersuchten Fälle stammen sämmtliche aus dem Brennberger Kohlenbergwerk. Die Luftfeuchtigkeit, die hohe Temperatur in den Grubenschachten erklärt G. als sehr stark für die Parasitenerkrankung prädisponirend. Die subjectiven Beschwerden der Anchylostomiasis sind nach Verf. höchst charakteristisch: Mattigkeit, Schwächegefühl von den Knieen abwärts, Athemnoth, Herzklopfen, Ohrensausen, Sodbrennen, Speichelfluss. Verf. bestätigt die Angaben von Zappert über den objectiven Befund (Erscheinungen starker Anaemie). Die Farbe der vollgesogenen Parasiten unterscheidet sich wenig von der der Faeces. In letzteren fand G. die Charcot-Leyden'schen Krystalle nicht constant vor. Die Infection mit Anchylostomumlarven erfolgt per os; Verf. schildert den hiebei für die Gruben zutreffenden Modus. Therapeutisch gab G. bis 10 g Thymol pro die, worauf der Parasit mit Eiern und Larven allmählich, in 4—6 Wochen, abgeht. Versuche mit Santonin fielen wenig günstig aus; am meisten wendete Verf. Gelatinkapseln mit Extr. filic. mar. aeth. an — bis 15 g binnen 3 Stunden — vorher 0,4 g Kalomel. Die Anaemie wird am sichersten mit Arsen und Eisen bekämpft. Verf. bringt schliesslich eine Reihe prophylaktischer Maassregeln in Vorschlag, die er für um so nöthiger hält, als nach seinen Erfahrungen wohl alle ungarischen Gruben mit Anchylostom. duodenale inficirt sind.

2) Friedr. v. Friedländer-Wien: **Beitrag zur Kenntniss der myogenen Kieferklemme.**

Bei einem 19jähr. Mädchen verringerte sich unter Entwicklung einer diffusen schmerzlosen Schwellung beider Schläfegegenden die Beweglichkeit des Unterkiefers soweit, dass nur mehr flüssige Kost genommen werden konnte. Durch die vorgenommene Operation wurden beide M. temporales entfernt und erwiesen sich als schwielig degenerirt und partiell verknöchert. Der Effect war ein guter, indem post op. die Zahnreihen 2 cm von einander entfernt werden konnten. Weiterer Verlauf unbekannt, so dass z. Z. nicht entschieden werden kann, ob es sich um die Anfangsstadien einer progressiven Myositis ossificans oder um multiple Exostosen (nach Virchow) handelt.

3) S. Erdmann-Wien: **Tetanus facialis, mit Antitoxin Behring behandelt.**

In dem ersten mitgetheilten Falle (56jähr. Gerber) trat nach 13tägiger Incubation Trismus mit sich anschliessender l.-seitiger Facialislähmung auf, dann allgemeine Krämpfe. 19 Stunden nach Auftreten der ersten Muskelkrämpfe intravenöse Injection einer vollen Heildosis von Behring's Antitoxin; unter Zunahme der Krämpfe Eintritt des Exit. letal.

Im zweiten Falle (48jähr. Bauer) sofort nach dem ersten Krampfanfall Injection von 10 g Behring's Antitoxin; nach einigen Stunden Exitus unter Steigerung der Krämpfe. Bis jetzt sind 11 Heilungen und 11 Todesfälle bei Anwendung des Behring'schen Tetanusantitoxins publicirt.

4) A. Fränkel-Wien: **Aphoristische Bemerkungen zu einer eventuellen Discussion über Dauerheilungen von Carcinomen.**
Dr. Grassmann-München.

Dermatologie und Syphilis.

(Fortsetzung.)

Aus einer Arbeit von T. de Amicis über **Hautsarkomatose** (Monatsh. f. prakt. Derm. 25. Bd., 7) ist als praktisch wichtig hervorzuheben die klinisch wohl begründete Eintheilung der primären Hautsarkomatose in 3 Unterarten: 1. das nicht pigmentirte Hautsarkom, 2. das melanotische Hautsarkom, 3. das multiple, idiopathische, haemorrhagische Hautsarkom. Therapeutisch wird neuerdings, unter Hinweis auf gesicherte Thatsachen, der Werth der Arsentherapie, speciell in Form subcutaner Injection für die Behandlung der letztgenannten Form der Sarkomatose, mit Nachdruck betont. Die chirurgische Behandlung gibt nur beim einfachen, nicht pigmentirten Sarkom Aussicht auf Erfolg. Beim melanotischen Sarkom ist jeder Eingriff vergeblich.

Sack (Monatsh. f. prakt. Derm. 25, 8) berichtet über weitere Erfahrungen mit **Ichthalbin** (Ichthyoleiweiss). Er empfiehlt dasselbe überall dort, wo man bisher innerlich Ichthyol verabreichte; der Werth des letzteren als Darmtonicum steht für uns ausser Zweifel; der Anwendung des Ichthalbins dürfte aber der hohe Preis der Präparates vielfach hinderlich im Wege stehen (Ref.).

Oudin, Barthélémy und Darier behandeln (Monatsh. f. prakt. Derm. 9) in einer historisch-klinischen und experimentellen Studie **die Veränderungen der Haut und der Eingeweide nach Durchleuchtung mit X-Strahlen,** und kommen zu dem allerdings vorsichtig ausgesprochenen Schlusse, dass eine therapeutische Verwendung nicht ausgeschlossen werden könne, wenn es gelingt, die Wirkung der Strahlen zu einer regelmässigen zu gestalten. Speciell 2 Fälle sind es, welche dabei seitens der Autoren hervorgehoben werden, einmal, wenn es sich darum handelt, eine vorübergehende Alopecie zu erzeugen, eine gründliche Entfernung aller Haare zu erlangen, wie beim Herpes tonsurans und dann vielleicht bei anhaltender Parakeratose, wenn das Keratohyalin mangelt. Wenigstens sind Versuche in dieser Richtung zu empfehlen.

Soffiantini plaidirt neuerdings (Monatsh. f. prakt. Derm. 10) für die Anwendung der subcutanen Injectionen von unlöslichen Hg-Salzen, insbesondere Kalomel, in der Syphilistherapie mit grosser Wärme. Es dürfte auch nicht zu leugnen sein, dass die unzweifelhafte energische therapeutische Wirkung um so mehr Beachtung verdient, als Verbesserungen der Methode durch die Wahl des Ortes der Injection und die Einführung des Vaselin liquid. (Balzer) als Vehikel, deren Anwendung wesentlich erleichtern.

Aus einer Studie von Cornelius Beck: «**Ueber Resorcinschwarten**» (Monatsh. f. prakt. Derm. 25, 12) scheinen mir folgende Punkte hervorzuheben: Einmal die Feststellung der Thatsache, dass in allen jenen Fällen, in denen die Resorcinschälpastencur bei Erkrankungen, die mit Seborrhoe zusammenhängen (Akne, Akne rosacea) Anwendung findet, die Resorcinschwarten möglichst rasch entfernt werden müssen, und das Wiederholen der Schälungen in möglichst raschem Nacheinander gemacht werden soll. Denn nur auf diese Weise kann es gelingen, die Haut von den sich fortwährend reproducirenden Seborrhoebacillen zu befreien. Gleichwohl hegt der Verfasser noch einige Zweifel hinsichtlich der pathogenen Natur der bereits von Hodara und Unna gesehenen, speciell aber von Sabouraud als für Seborrhoe pathogen betrachteten Mikrobacillen. Sabouraud behauptet, dass die Grundlaesion der Seborrhoe der seborrhoische Cocon ist. Wenn wir diesen Standpunkt annehmen, so müssen wir aber den Begriff der Seborrhoe bedeutend ausdehnen. Es gibt fast keine erwachsene Person, die wenigstens an der Nase keine Cocons hätte, so dass dieser Zustand als beinahe physiologisch betrachtet werden kann.

Unna (Monatsh. f. prakt. Derm. 26, 1) empfiehlt neuerdings zu Epilationszwecken **Harzstifte** (Stili resinosi), welche wesentlich aus Colophonium und 10 Proc. gelbem Wachs bestehen und welche sich speciell eignen für die Behandlung des Favus, der coccogenen Sykosis und für die Epilation von behaarten Naevi des Gesichtes zu kosmetischen Zwecken.

Nach Unna (Monatsh. f. prakt. Derm. 26, 2) ist **die beste Form der Quecksilberschmiercur** die Anwendung der Quecksilbersalbenseife, deren er sich seit 1884 ausschliesslich zu bedienen

pflegt. «Sapo cinereus» enthält einen aus Kalilauge und Schmalz gekochten, mit 5 Proc. benzoinirtem Schmalz überfetteten Seifenkörper, welchem 1/3 seines Gewichtes an Hg incorporirt ist. Unna rühmt die Annehmlichkeit und Bequemlichkeit für die Patienten, wie auch die Energie der Wirkung, die Anwendbarkeit auch bei sehr fetter Haut, die Möglichkeit der Zumischung anderer modificirender Zusätze und die energische Wirkung auf tiefliegende locale syphilitische Processe (Drüsentumoren, Knochenaffectionen).

Oudin (Monatsh. f. prakt. Derm. 26, 4) berichtet, gestützt auf ein zahlreiches Material von Krankenbeobachtungen, über die **Wirkungsweise des Wechselstroms und der hochgespannten Ströme bei Erkrankungen der Haut und Schleimhäute.** Er ist davon überzeugt, dass die Wechselströme bald einen bevorzugten Platz in der Dermatotherapie einnehmen werden. Leider dürfte, da das dazu nöthige Instrumentarium nicht gerade leicht zu beschaffen ist, eine allgemeine Verbreitung der Methode kaum zu erwarten sein, was um so mehr zu beklagen ist, als die Vielseitigkeit der Wirkung geradezu grossartig zu sein scheint. Analgesirende Wirkung, Beseitigung der heftigsten Pruritusformen, der Migräne, trophischer Störungen, Bacillenvernichtung, Abschwächung der Toxine, Heilung neurotischer und vasomotorischer Störungen; Psoriasis, Ekzem, Impetigo, Furunculose, Akne und Akne rosacea, Mollusum contagiosum, Hauttuberculose, adenoide Vegetationen, der blennorrhoische Katarrh des Collum uteri, Alles wird mit Wechelstrom geheilt, oder doch ganz erheblich gebessert. Gegenüber einer so staunenswerthen universellen Leistungsfähigkeit der neuen Methode dürften bescheidene Zweifel denn doch wohl am Platze sein. (Ref.)

Levin (Monatsh. f. prakt. Derm. 26, 4) gibt zwei kurze Krankenbeobachtungen als Beitrag **zur Symptomatologie der mercuriellen Stomatitis.** In beiden Fällen handelte es sich um am Gaumen localisirte ausgedehnte mercurielle Geschwüre. Behandlung mit Pinselungen einer Wasserstoffsuperoxydlösung. Heilung. —

Unna (Monatsh. f. prakt. Derm. 26, 5) empfiehlt die Anwendung des **Cocain. basic. s. pur. von Merck**-Darmstadt in spirituös-ätherischer Lösung bei allen Pruritusformen und Paraesthesien, pruriginösen Ekzemen, Lichen planus, Herpeszoster u. A. Es scheint überall dort den Cocainsalzen vorzuziehen, wo es sich um eine wohlerhaltene oder wenig lädirte Hornschicht handelt. Auch als Seife 1,0:50,0 Sapon. unguinos. Mielk, oder als Oel in gleicher Concentration findet es Verwendung. Unna regt an, auch mit anderen Alkaloiden (den Basen: Atropin, Morphin, Codein, Hyoscyamin u. s. w.) analoge Versuche zu machen.

Unna empfiehlt als eine neue und zweckmässige Methode der Behandlung des Ulcus molle **die flache Abtragung des weichen Geschwürs** nach vorhergehender Vereisung. (Monatsh. f. prakt. Derm. 26, 6.) Geschwür und Umgebung werden mit Seife und Sublimatlösung gereinigt, das erstere dann mit Chloraethyl zum Gefrieren gebracht und sodann mit dem Rasirmesser die gefrorene Scheibe glatt abgetragen. Zur Stillung der Blutung wird die Schnittfläche mit dem Höllensteinstift überfahren, Jodoformpulver aufgestreut und ein Verband mit Zinkoxydpflastermull angelegt. Zwei- bis viermalige Erneuerung des gleichen Verbandes alle 24 Stunden genügt meist zur Heilung. Eine Contraindication für diese Behandlungsmethode besteht nur dort, wo die glatte Abtragung in der geschilderten Weise aus örtlichen Gründen unmöglich ist, bei den weichen Schankern der Urethralmündung und des Frenulum, sowie bei den ringförmig einen grösseren Theil des Sulcus coronarius umgebenden Geschwüren.

Mit Recht spricht Unna (Monatsh. f. prakt. Derm. 26, 8) seine Verwunderung darüber aus, dass der von ihm vor 8 Jahren beschriebene und seitdem fast täglich gebrauchte **Mikrobrenner** in der Praxis der Dermatologen, der Augenärzte und Rhinologen keine ausgedehntere Anwendung und Anerkennung gefunden hat. Die Verwendung des Unna'schen Mikrobrenners ist, wie sich Referent seit geraumer Zeit an einem reichen Krankenmaterial überzeugen konnte, eine ungemein vielseitige (Varicositäten der Haut bei Akne rosacea, weiche Naevi, Schleimhautpolypen, Xanthom der Augenlider, Lupusknötchen, hartnäckige Lichen und Ekzemplaques, Folliculitis, Furunkel und selbst Carbunkel, Pigmenthypertrophicen und Hypertrichosis). Dazu kommt, dass das kleine handliche Instrument, dessen Anschaffung wenig Kosten verursacht, in neuerer Zeit verschiedene wesentliche Verbesserungen durch Unna erfahren hat.

Colombini und Simonelli (Giornal. ital. delle mal. vener. e della pelle 1897, II.) kommen auf Grund vergleichender Blutuntersuchungen zu dem Schlusse, dass das Jodkalium in der Syphilistherapie niemals durch Jodnatrium ersetzt werden kann. Sie sind der Meinung, dass der therapeutische Effect wesentlich nicht durch das Jod, sondern durch die Base des verabreichten Jodsalzes erreicht wird.

Massazza und Truffi berichten (Giornale ital. delle mal. veneree e della pelle 1897 III.) über eine **Syphilisepidemie** in der Gemeinde Casatisma (Provinz Pavia). In welcher Weise die Syphilis eingeschleppt wurde, ist dunkel geblieben. Im Ganzen erkrankten 22 Personen, in 17 Fällen wurde die Infection durch das Säugegeschäft vermittelt. Im Allgemeinen zeigten die Erkrankungsfälle einen relativ gutartigen Verlauf. Vom prophylaktischen und therapeutischen Standpunkte aus bewährten sich die subcutanen Kalomelinjectionen nach der Methode Scarenzio's auf's Beste. Doch dürften noch weitere Folgen dieser Epidemie deshalb zu erwarten sein, weil es sich in einer grossen Zahl der Erkrankungsfälle um junge Frauen handelte, welche voraussichtlich in den kommenden Jahren noch manche hereditär-luetische Frucht zur Welt bringen werden.

Breda (ibid.) theilt einige **neuere Versuche zur Behandlung der Psoriasis vulgaris** mit. Es handelt sich theils um die Anwendung von Aetzmitteln (Acid. nitr. fum., Hydr. bichlor. corros., Argent. nitr., Eisessig), theils um die Anwendung allgemeiner Massage. Speciell die letztere Methode gab, wenn auch bisher nur in einem Falle sehr ausgebreiteter Psoriasis dem Verfasser trefflichen Erfolg.

Giovanni Melle (ibid. IV.) lenkt die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen einer reinen **Epididymitis syphilitica** (ohne Betheiligung des Hodens) sowohl in der secundären als in der tertiären Periode der Syphilis. Dieselbe verläuft, weil schmerzlos, häufig unbeachtet vom Patienten und entgeht auch der ärztlichen Beobachtung. Die syphilitische Epididymitis der Frühperiode ist stets doppelseitig und befällt vorzugsweise den Kopf des Nebenhodens. An der gummösen Epididymitis, welche nicht immer einseitig ist, pflegt auch das Vas deferens theilzunehmen. Die specifische Behandlung ist in jedem Falle von Epididymitis syphilit. wirksam und sollte in zweifelhaften Fällen stets wenigstens versucht werden.

Aus einer umfangreichen Arbeit Umberto Mantegazza's (ibid. V. u. VI.) über das **Keloid,** entnehmen wir, dass auch der Verfasser, wie wohl die Meisten, welche sich mit dem Gegenstande praktisch zu beschäftigen die Gelegenheit hatten, die Behandlung der verschiedenen Formen des Keloids als eine sehr schwierige und wenig dankbare Aufgabe betrachtet. Eine Radicalbehandlung durch Exstirpation ist nur im äussersten Falle, wenn die Tumoren sehr gross und schmerzhaft sind, zu versuchen. Die Scarificationen nach Vidal sind für die Kranken in Folge der häufigen Wiederholungen so lästig, dass sich in keinem Falle des Verfassers die Cur zu Ende führen liess. Am meisten empfiehlt M. die alternirende Anwendung antiseptischer (Salicyl) und reducirender (Resorcin) Salben und die Elektrolyse.

Frisco (Giorn. ital. d. mal. ven. e della pelle 1897 V.) suchte auf experimentellem Wege die Frage der **Entstehung von Hautkrankheiten durch Intoxication und Autointoxication** (ein seit Tommasoli in Italien vielventilirtes Thema) ihrer Lösung näher zu bringen. Bei seinen Versuchen handelte es sich theils um Inoculationen von Bacterienproteinen (aus virulenten und abgeschwächten Culturen), theils um Einbringung löslicher Bacterientoxine in den Körper der Versuchsthiere, theils um künstlich hervorgerufene Stoffwechselstörungen (Einführung verdorbener, faulender Nahrungsmittel nach Sterilisirung der angewandten Infuse durch den Chamberland'schen Filter, Entfernung der Nebennieren). Er konnte bei diesen Versuchen eine Reihe von Veränderungen sowohl in inneren Organen, als auch des Hautorgans erzeugen; unter letzteren erwähnen wir psoriasisähnliche Schuppenbildungen, umschriebene Haarverluste, Xerodermie, Blasenbildungen und Ekzemkrusten. Diese Toxidermien sind theils als allgemeine, theils als locale Ernährungsstörungen aufzufassen. Wahrscheinlich spielt dabei auch das Nervensystem eine vermittelnde Rolle. (Die moderne Lehre von den Antointoxicationen dürfte gewiss für das Verständniss mancher noch dunkler Dermatosen in der Zukunft fruchtbar werden, doch ist die nächstliegende Aufgabe, die Abhängigkeit einer bestimmten Dermatose von der Bildung eines bestimmten und chemisch bestimmbaren Toxins im Organismus nachzuweisen, noch unerfüllt. Ref.)

Panichi theilt 2 Fälle von **Bromexanthem** mit (ibid.) und zieht aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass es sowohl Bromexantheme gibt, welche als wesentlich vasomotorische Störungen aufzufassen sind, als auch solche, bei denen das durch die Talg- und Schweissdrüsen eliminirte Brom akneähnliche Eruptionen auf die Haut hervorruft.

Callari (ibid. VI.) berichtet über thermotherapeutische Versuche bei Behandlung des Harnröhrentrippers des Mannes und der gonorrhoischen Vulvovaginitis, und spricht sich in sehr günstigem Sinne für die Anwendung hochtemperirter Massenspülungen (45° C.) mit destillirtem Wasser oder adstringirenden Lösungen (Zinc. sulfur, Tannin, Kalipermanganat, Cupr. sulf., Argent. nitr.) aus. Es handelte sich in seinen Fällen hauptsächlich um recente Gonorrhoen. Doch kamen auch Misserfolge vor.

Scarenzio (ibid. VI.) bespricht in einem kurzen Vortrag 3 wichtige moderne Probleme der Syphilistherapie: Die Präventivbehandlung, die Serumtherapie und die intravenösen Injectionen. S. empfiehlt zum Versuche einer präventiven Allgemeinbehandlung insbesondere die intramuscularen Kalomelinjectionen. Die Versuche einer Serumtherapie sind bis jetzt resultatlos geblieben. Die intravenösen Sublimatinjectionen Baccelli's, deren prompte therapeutische Wirkung in solchen Fällen, bei welchen die rasche Einverleibung des Hg von Werth ist (schwere Cerebrallues u. a.), ausgenützt werden kann, sind als allgemeine Behandlung nicht zu empfehlen. Die technischen Schwierigkeiten und die eventuellen üblen Folgen der häufig wiederholten Injectionen stehen einer weiteren Verbreitung der Methode im Wege.

Gravagna (ibid. VI.) berichtet über einen Fall multipler idiopathischer Hautsarkomatose, welcher einer genauen histologischen und biochemischen Untersuchung unterzogen werden konnte. Das Resultat war ein durchaus negatives; therapeutisch wurde die Arsentherapie gleichfalls ohne Resultat versucht.

In einem Aufsatz über «**Syphilis maligna**» (The Brit. Journal of Dermatology IX. 1) gibt uns A. Neisser seine Ansicht über die Ursache der malignen Syphilis, welche er in einer speciellen individuellen Disposition des erkrankten Menschen, in einer Art von Idiosynkrasie gegenüber dem Syphilisvirus erblicken zu dürfen glaubt. Dass heutzutage seltener Fälle von maligner Syphilis zur Beobachtung gelangen, findet nach N. seine Erklärung darin, dass man heute über bessere Methoden der Hg-Behandlung und über antiseptische Methoden verfügt, dass überhaupt sowohl die locale, als die allgemeine Behandlung sorgfältiger durchgeführt wird und dass die allgemeinen gesundheitlichen Verhältnisse sich gebessert haben. Er hält die Syphilis maligna weder für einen frühzeitigen Tertiärismus, noch für den Ausdruck einer Mischinfection; auch glaubt er heute nicht mehr an eine allgemeine erworbene relative Immunität gegen Syphilis durch Durchseuchung der Bevölkerung. Den Begriff der «Syphilis maligna» grenzt er scharf ab gegenüber einer «Syphilis gravis». Ein schwerer und ungünstiger Verlauf einer Syphilis kann unter Umständen veranlasst sein durch die Localisation in lebenswichtigen Organen, oder durch den Umstand, dass Individuen, welche bereits durch andere Verhältnisse in ihrer Resistenzfähigkeit gelitten haben, inficirt werden; solche Fälle sind keineswegs der Syphilis maligna beizuzählen. Im Uebrigen ist die Prognose der «Syphilis maligna» im Allgemeinen keineswegs eine schlechte. Eine tonisirende Allgemeinbehandlung und Jodkalium erreichen im Anfange meist bessere Resultate, als Hg, das oft schlecht vertragen wird. Im weiteren Verlaufe ist allerdings auch bei Syphilis maligna eine Hg-Behandlung meist nicht zu entbehren.

R. S. Bowles beschäftigt sich in einer etwas aphoristisch gehaltenen Vorlesung (ibid. IX, 7.) mit dem Einfluss des **Lichtes auf die Haut.** Seine Ausführungen decken sich im Wesentlichen mit den Ergebnissen von Terrier, Malakoff, Widmark und Hammer. Er vertritt die Meinung, dass, wie beim Gletscherbrand (snow-burn), so auch bei den X-Strahlen, die nachtheiligen Wirkungen auf das Hautorgan wesentlich durch die ultravioletten, chemischen Strahlen hervorgerufen sind, und gibt der Ueberzeugung Ausdruck, dass Strahlen, welche so bedeutende pathologische Veränderungen auf der Haut zu erzeugen im Stande sind, auch bei geeigneter Anwendung und Dosirung einen therapeutischen Effect haben dürften.

Asselbergs hat (Ann. de derm. et syph. 98. I.) durch Anwendung von **Kalomelinjectionen** nicht nur bei Lupus vulgaris, sondern auch bei einer ganzen Reihe anderer Erkrankungen (Tuberculose, Ulcus rodens, Elephantiasis) ganz ausserordentlich überraschende therapeutische Resultate erzielt. Ganz besonders gilt dies für die mitgetheilten Fälle von **Lupus vulgaris.** Man wird in Zukunft die Kalomelinjectionen nicht anwenden, insoferne man beabsichtigt, durch die Behandlung Aufschluss zu erhalten in dem Zweifel, ob ein Infiltrat oder ein Geschwür lupöser oder luetischer Natur ist. Weitere Versuche über den therapeutischen Erfolg bei Lupus vulgaris sind jedenfalls erwünscht.

Brocq (ibid. VI.) empfiehlt zur Behandlung der in Flecken und Streifen auftretenden **Sklerodermie** die Behandlung mit **Elektrolyse.** Er verwendet multiple Punctirungen mit der elektrolytischen Nadel und räth, nur schwache Ströme (3 M.-A.) von kurzer Dauer (10—15 Sec.) zu benutzen. Zwischen den einzelnen Sitzungen werden die erkrankten Stellen mit Emplastr. hydr. belegt. Die vom Verfasser mitgetheilten Beobachtungen, welche im Original einzusehen sind, sprechen jedenfalls zu Gunsten der elektrolytischen Methode.

Martel (ibid. VI.) berichtet über 2 **Fälle syphilitischer Pseudoneoplasmen.** Die tertiäre Syphilis ist ungemein polymorph; die differentielle Diagnose bietet zuweilen ungewöhnliche Schwierigkeiten und ist es oft erst ex juvantibus möglich, Sicherheit zu gewinnen. Die mitgetheilten Beobachtungen illustrirten das Gesagte in frappanter Weise; in einem Falle war die Amputation des Unterschenkels in Frage, die Diagnose schwankte zwischen Carcinom und gummöser Lues. In dem 2. Fall sprach das klinische Bild durchaus für ein ulcerirtes Sarkom. In beiden Fällen erzielte die versuchsweise eingeleitete gemischte Behandlung complete Heilung. Kopp.

Ophthalmologie.

Prof. Dr. E. Rählmann-Dorpat: **Ueber den Heilwerth der Therapie bei Trachom.** (Berlin, Fischer's med. Buchhandlung [H. Kornfeld] 1898. Preis 2 M.)

Die an der Hand reicher Erfahrung als Ergebniss der Beobachtung eines grossen Krankenmateriales entstandene Schrift ist in 3 Abschnitte eingetheilt: 1. Die medicamentöse Behandlung, 2. die chirurgisch-operative Behandlung, 3. die Therapie der Complicationen und Folgezustände bei Trachom. Die Einleitung erörtert, dass sämmtliche gegenwärtig in Anwendung kommende Behandlungsmethoden schon von Alters her in Gebrauch sind, so die Excisionen der Uebergangsfalten, die Tarsusexstirpationen, das Ausschneiden von Schleimhautstücken, Scarificationen, Ausbürstungen, Abreibungen etc. Was nun 1. die medicamentöse Behandlung betrifft, so haben durch alle Zeiten der Höllenstein und das schwefelsaure Kupfer ihr Ansehen erhalten. Dazu kam Mitte dieses Jahrhunderts das nach dem Papyrus Ebers schon in Alt-Egypten in Gebrauch gewesene essigsaure Blei.

Die Indication für das einzelne Mittel ist also gestellt: Argentum nitric. empfiehlt sich besonders bei weicher, mehr succulenter Beschaffenheit der Schleimhaut, bei starker Schwellung und Blutüberfüllung und starker eiteriger Secretion. Eine rigidere, mehr feste Schwellung mit gelbröthlicher Färbung und schleimig-seröser Secretion erfordert die Anwendung des Cuprum sulf. Plumb. acet. wird heutzutage nur bei Conjunctivitis follicularis empfohlen.

Die medicamentöse Behandlung ist eine sehr langwierige, während 2. die chirurgisch-operative Behandlung eine bedeutende Verkürzung des Leidens herbeiführt. «Nur sind wir nicht im Stande, jederzeit den Schaden zu taxiren, den diese Behandlung anrichten kann.» «Die Heilungsresultate beweisen oft nur, was das Auge an therapeutischen Missgriffen alles ertragen kann.» Für die rationelle Behandlung gibt uns die Betrachtung des Weges, den die Natur zur Selbsthilfe beschreitet, den Fingerzeig: Wir sehen klinisch, dass die Follikel, welche als das pathologische Agens beim Trachom anzusprechen sind, einen gewissen Wachsthumsgrad erlangen, bei welchem ihr Inhalt zerfällt und sich nach Aussen entleert. Die chirurgische Therapie soll also die Eröffnung und Entleerung der Follikel anstreben durch Anstechen und Auspressen, eventuell mit der Rollpincette.

3. Die Therapie der Complicationen und Folgezustände, welche Verfasser streng scheidet. Zu den letzteren gehören Entropium, Trichiasis und Distichiasis, zu den ersteren der Pannus trachom., den Verfasser auch mit dem Cuprumstift behandelt. Nach Sämisch haben die gegen Hornhauttrübungen empfohlenen Encheiresen nur historischen Werth. Dagegen können die Stellungsanomalien des Lidrandes und der Cilien nur durch chirurgische Eingriffe beseitigt werden. Dauernd sind nur diejenigen operativen Erfolge, welche an der Lage des Lides nichts ändern und nur die Stellung der vorderen Kantentheile mit den falsch gerichteten Cilien auf der Basis des dem Augapfel anliegenden Lidknorpels verändern. Die häufigste Ursache der Erblindungen bei Trachom ist die Trichiasis. Die dauernde Beseitigung derselben ist ungemein schwierig. Einfache Epilation, auch jahrelang regelmässig fortgesetzt, führt niemals zur Heilung. Einzelne falschstehende Haare lassen sich galvanokaustisch oder durch Elektrolyse entfernen, doch haben beide Methoden ihre Nachtheile. Verfasser macht bei geeigneten Fällen die Totalexstirpation des Lidrandgewebes mit sämmtlichen Haarwurzeln und schliesst den Defect durch Transplantation von Lippenschleimhaut.

Prof. Dr. H. Pagenstecher: **Ueber die gelbe Quecksilberoxydsalbe.** (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. XXXVI. Märzheft p. 73—84.)

Die gelbe Quecksilbersalbe wurde zuerst im Jahre 1856 von Alexander Pagenstecher augenärztlich angewandt. Dieselbe ist hervorgegangen aus einer Augensalbe, die als Geheimmittel einer Nassauischen Familie Heck gehörte und die später an die Familie des Onkels von Pagenstecher übergegangen war. Diese Salbe war eine fein vertheilte Mischung von einem Theile rothen Praecipitats auf 8 Theile frischer Butter. Da die richtige Herstellung dieser Salbe wegen der schweren Vertheilbarkeit des rothen Praecipitats sehr mühsam war, kam P. dazu, durch Apotheker Hofmann in Wiesbaden die Salbe aus dem auf nassem Wege gewonnenen Quecksilberoxyd herstellen zu lassen. Da die Salbe nur ein mechanisches Gemisch zwischen dem gelben Praecipitat und dem Salbenkörper (am besten weisses amerikanisches Vaselin) darstellt, so muss behufs Erzielung einer gleichmässigen Wirkung eine möglichst feine Vertheilung der Quecksilberoxydpartikelchen bewirkt werden. Die Untersuchung der Zubereitung kann in der Weise geschehen, dass man eine dünne Salbenschichte an einem Glasstabe mit einer Loupe betrachtet. Bei ungenügender Verreibung findet man grössere und kleinere Quecksilberklümpchen, die durch gelbe oder röthliche Färbung leicht erkenntlich sind. Eine andere Probe besteht darin, dass man eine feine Salbenschicht auf dünnes, weisses Papier aufstreicht, dasselbe gegen das Licht hält und mit der Loupe betrachtet. Finden sich auch nur ganz vereinzelt kleine Oxydkörnchen, so muss die Salbe als unbrauchbar zurückgewiesen werden, da diese Klümpchen reizend und ätzend wirken. Eine nach allen Regeln der Kunst hergestellte Salbe soll unter dem Mikroskop bei 350—400facher Vergrösserung eine ganz gleichmässige Vertheilung kleinster, amorpher Praecipitatpartikelchen darstellen. Der erste Darsteller Hofmann gibt folgende Vorschrift: «Zur Bereitung des Hydrarg. oxyd. flav. fällt man eine Lösung von stark verdünntem Quecksilberchlorid mit einer Lösung von Aetzkali mit der Vorsicht, dass man die Chloridlösung unter beständigem Umrühren zur Kalilösung fügt und nach Beendigung der Füllung Kali im Ueberschuss vorhanden ist. Der Niederschlag wird mit reinem, destillirtem Wasser sofort und solange unter Abschluss des Lichtes ausgewaschen, bis die Ablauffüssigkeit mittels salpetersauren Silberoxyds keine Spur von Chlor zu erkennen gibt und hierauf bei sehr gelinder Wärme und unter Ausschluss von Licht getrocknet. Das Präparat hat man, um sicher zu sein, dass man es nicht mit sog. basischem Niederschlag zu thun hat, hierauf zu prüfen. Bei Verwendung dieses gelben Oxyds zur Salbe hat man dasselbe, um eine möglichst gleichmässige Vertheilung zu erlangen,

für sich mit einigen Tropfen Mandelöl im Porzellanmörser abzureiben und dieser Mischung das Vehikel, welch' letzteres frei sein muss von Wasser, einzuverleiben.» Die auf oben beschriebene Art hergestellte Salbe wird nicht ranzig, sondern hält sich, in richtiger Weise vor Sonnenlicht und Feuchtigkeit geschützt, jahrelang unverändert. Grundbedingung ist, dass das Constituens völlig frei von Wasser ist. Darum ist auch die Zusammensetzung, wie sie Holth und Schanz empfehlen, zu verwerfen. Verfasser wendet die Salbe ausserordentlich häufig an und gebraucht in hartnäckigen Fällen die starke Concentration (10proc.). Die Indicationen sind im Allgemeinen alle Formen der Conjunctivitis pustulosa und deren Folgezustände; in Reparation begriffene Hornhautprocesse, sowie das Ekzem der Lidränder und dessen Folgeerscheinungen.

Grandclément: **Behandlung der Netzhautablösung mit Eserin.** (Revue de therap. 1897. No. 17.)

Verfasser hat bei einem Fall von Netzhautablösung in Folge von Myopie bei völliger Erblindung und bedeutender Hypotonie durch wiederholte Eserineinträufelungen ein Verschwinden der Ablösung und Wiederherstellung der Functionen erzielt. Die Ablatio kehrte aber wieder, als nach 7 Wochen die Eserineinträufelungen eingestellt wurden.

A. Natanson-Moskau: **Weiterer Beitrag zur Kenntniss der Selbsttheilung des Altersstars durch Resorption.** (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. XXXVI. Jahrg. Aprilheft, p. 108.)

Verfasser hat in 3 Fällen die Aufsaugung der getrübten Linsensubstanz innerhalb der geschlossenen, makroskopisch intacten Kapsel beobachtet. Diese Spontanresorption des Stares ist ein bisher wenig gekanntes Spaetstadium resp. der Endausgang der regressiven Metamorphose des Altersstares. Die Resorption wurde in den von verschiedenen Beobachtern beschriebenen Fällen immer eingeleitet durch das klinische Bild der Morgagni'schen Katarakt. Im Laufe der Zeit hellte sich der verflüssigte trübe Linsendetritus, in dem der Kern frei flottirt, auf, wurde wieder transparent, wodurch das Sehvermögen wiederkehrte. Weiterhin wurde der aufgehellte flüssige Inhalt des Kapselsackes resorbirt und zuweilen verschwand gleichzeitig auch der Kern. Aus der Mehrzahl der einschlägigen Beobachtungen lässt sich der Schluss ziehen, dass die Spontanresorption eines senilen Stares 10 bis 12 Jahre in Anspruch nimmt.

Ed. Pergens-Brüssel: **Protargol bei Augenleiden.** (Ibidem p. 129.)

Verfasser fand an seinen eigenen, gesunden Augen, dass das Protargol wirklich reizlos und in dieser Hinsicht auch dem Argonin überlegen ist. In den meisten Fällen kam er mit 2proc. Lösung zum Ziel, öfter stieg er bis 5Proc. und bei Dakryocystoblennorrhoen bis 10Proc. Bei Conjunctivitis catarrh. gab er in schwereren Fällen täglich 6mal Tropfen, bei leichteren 3mal. Bei Blennorrhoea neonatorum mit starker Secretion wurden stündlich Einträufelungen von 2proc. Lösung gemacht und in 6—13 Tagen Heilung erzielt. Von 5 Fällen von Thränensackeiterung wurden durch Ausspritzung mit 10proc. Lösung 4 in 10—22 Tagen geheilt, der 5. Fall recidivirte. Bei chronischer Blennorrhoe der Conjunctiva sind die Resultate weniger günstig.

J. Hirschberg: **Ueber den Star der Glasbläser.** (Berliner klin. Wochenschrift 1898. No. 6.)

Verfasser hat die in der früheren Literatur der Augenheilkunde des Oefteren beschriebene Erscheinung des bei Feuerarbeitern frühzeitig auftretenden grauen Stares bei den Glasbläsern in Koepenik bei Berlin beobachtet. Von 30 Arbeitern sind 5 an Linsentrübung erkrankt Dieselben sind alle im Alter von etwa 40 Jahren. Die übrigen 25 sind jünger und merken noch keine Störung. H. führt zur Erklärung dieser Erscheinung folgende Ausführung Arlt's an: «Obgleich Katarakt bei allen Beschäftigungen vorkommt, so ist sie doch bei Schmieden, Glashüttenarbeitern, Goldarbeitern, Bäckern, überhaupt Feuerarbeitern ziemlich häufig, und die Einwirkung der Hitze, sowie grellen Lichtes, vielleicht auch intensive Arbeit überhaupt scheint insoferne nicht ohne Einfluss zu sein, als sie Congestivleiden des Auges hervorruft, in deren Folgen Nutritionsanomalien der Linse sich entwickeln.» H. hat auch «unter der glühenden Sonne Indiens» die Erfahrung gemacht, dass bei den Hindus schon um das 40. Lebensjahr herum Starbildung eintritt, während bei uns das durchschnittliche Alter der zur Kataraktoperation Kommenden das 62. Lebensjahr ist. —

Beim Glasbläserstar scheint der erste Beginn in der hinteren Rindenschicht vor sich zu gehen. Das Fortschreiten ist sehr langsam. Als Vorbeugungsmittel wären Schutzbrillen zu empfehlen.

Rhein-München.

Amerikanische Literatur.

1) R. H. Cunningham-Newyork: **Experimenteller Thyreoidismus.** (The Journal of Experimental-Medicine, März 1898.)

Die Hauptsätze dieser umfangreichen und sehr eingehenden Arbeit lassen sich dahin zusammenfassen, dass frische Schilddrüsensubstanz bei interner Application keinerlei giftige oder specifische Eigenschaften äussert. Die Symptome des sogenannten experimentellen Thyreoidismus sind die Folgen der Einverleibung zersetzter organischer Substanz, und können ebensogut durch beliebige andere in derselben Weise verabreichte Organe hervorgerufen werden (Lanz). Die frische Thyreoidea enthält mindestens zwei differenzirbare Substanzen, welche im Stande sind, bei Hunden mit absolutem Mangel der Thyreoidea die Symptome der acuten Kachexie hintanzuhalten (Drechsel.) Auch die Thymusdrüse enthält eine oder wahrscheinlich sogar zwei Substanzen, welche dieselben Eigenschaften besitzen. Diese Substanzen sind weder Enzyme, noch enthalten sie Jod. Dieselben sind bei absolutem Mangel einer Thyreoidea in keinem Falle im Stande, die Kachexie mehr als höchstens drei Wochen lang aufzuhalten, wohingegen das Vorhandensein kleiner, meist in grösserer Anzahl vorhandener accessorischer Thyreoidealdrüsen den Eintritt der Katastrophe auf lange Zeit hinauszuschieben vermag.

Was die Beziehungen der Thyreoidea zu der Basedow'schen Krankheit betrifft, so bestätigen seine Untersuchungen die Ansicht von Gley, wonach in einer grossen Zahl der Fälle die vorhandenen Symptome ebensogut durch die Hypothese einer verminderten, wie einer vermehrten Schilddrüsenfunction erklärt werden können.

2) W. J. Councilman, F. B. Mallory und J. H. Wright: **Epidemische Cerebrospinalmeningitis.** (The American Journal of the Medical Sciences, März 1898.)

Studien über 111 Fälle epidemischer Cerebrospinalmeningitis mit einer Mortalitätsziffer von 68,5 Proc. Bei der in 35 Fällen vorgenommenen Section fanden sich 31mal Diplococcen. Im Gewebe fanden sich dieselben stets und fast ausschliesslich in den polynucleären Leukocyten der Cerebrospinalflüssigkeit. Von andern Mikroorganismen wurde am häufigsten der Pneumococcus gefunden. Lumbalpunction wurde in 55 Fällen gemacht, in 38 davon konnte der Diplococcus intracellularis nachgewiesen werden. Schlimme Folgen der Procedur kamen nicht zur Beobachtung, meist trat wenigstens vorübergehende Erleichterung ein. Die mikroskopischen Befunde werden eingehend beschrieben.

3) D. J. Wolfstein-Cincinnati: **Myxoedem im Kindesalter.** (Ibidem.)

Im Kindesalter lassen sich zwei Formen des Myxoedems unterscheiden. Die erste ist angeboren und charakterisirt sich durch Fehlen oder Atrophie der Thyreoidea, die zweite gehört zu der Classe des endemischen Cretinismus. Bericht über einen Fall hochgradigen Myxoedems bei einem vierjährigen Kinde, in welchem im Laufe eines Jahres durch fortgesetzten Gebrauch der Thyreoidintabletten wesentliche Besserung erzielt wurde.

4) G. L. Walton-Boston: **Die spasmodische Form der Torticollis.** (Ibidem.)

Bei neuropathischen Personen tritt oft ohne weitere organische Grundlage in Folge von Ueberanstrengung, Angewohnheit, Reflexwirkung etc. eine functionelle, ziemlich hartnäckige, spastische Contractur der Hals- und Nackenmusculatur auf, die sich meist im Gebiete des Sternocleidomastoideus, Trapezius, Splenius, Obliquus inferior und der Complexi abspielt. Da die Anwendung innerer Mittel und der Elektricität meist erfolglos bleibt, empfiehlt W. eine Durchtrennung der Muskeln und Resection der Nerven. Der Erfolg bleibt selten aus, in 50 Proc. völlige Heilung. Suggestivwirkung ist nicht ausgeschlossen.

5) Th. Harris-Manchester: **Xerostomie.** (Ibidem.)

Casuistischer Beitrag zu dieser seltenen, bisher nur in 12 Fällen in der Literatur beschriebenen Affection. Das Wesen des Leidens beruht wahrscheinlich in einer auf nervöser Basis sich ausbildenden Secretionsstörung.

6) N. B. Gwyn: **Thyphoide Infection, verursacht durch einen Parakolonbacillus.** (Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, März 1898.)

In dem beschriebenen Falle bestanden sämmtliche Symptome eines Typhus abdominalis, der Urin ergab die Diazoreaction, die Widal'sche Probe dagegen negatives Resultat. Blutculturen entwickelten einen kleinen, activen, dem Eberth'schen ähnlichen Bacillus, der zwar Fermente, aber kein Indol producirte. — Mit dem Serum des Kranken trat in einer Verdünnung von 1:200 Agglutination ein, nicht aber mit Typhusserum unter einer Concentration von 1:5. G. glaubt in dem Mikroorganismus eine Parakolonvarietät, die zwischen dem Typhus- und dem Kolonbacillus steht, erblicken zu müssen.

7) H. A. Hare und Ch. A. Holder-Philadelphia: **Kritik der Brand'schen Methode der Typhusbehandlung.** (The Therapeutic Gazette, März 1898.)

Durch statistische Vergleiche kommt H. zu dem Resultate, dass die der Brand'schen Methode zugeschriebene Herabsetzung der Mortalitätsziffern von 25 Proc. auf 7Proc. nicht zutreffend ist, er berechnet den Unterschied, eine zweckentsprechende Therapie vorausgesetzt, auf höchstens von 10 zu 7 Proc. Als Nachtheile der Methode dagegen führt er an, dass sie das Fieberstadium nicht verkürzt, sondern eher verlängert, dass bei derselben Rückfälle häufiger vorkommen und das Auftreten von Haemorrhagien begünstigt werde. Er protestirt gegen eine kritiklose Anwendung der kalten Bäder und empfiehlt bei Temperaturen von 39° Abreibungen mit temperirtem oder Eiswasser und nachfolgender leichter Massage; wenn nach 20 Minuten kein Temperaturabfall auf 38° eintritt, ist das kalte Bad indicirt. Des Weiteren wird auf die Nothwendigkeit einer kräftigen, nicht exclusiven Diät und nicht zu sparsamen Gebrauch der Excitantien hingewiesen.

8) J. B. Roberts-Philadelphia: **Die Anwendung der sub-**

cutanen Tenotomie bei der Einrichtung von Fracturen. (The Philadelphia Medical Journal, 5. März 1898.)

R. weist auf den grossen Vortheil hin, den eine Sehnendurchtrennung bei leicht dislocirbaren Knochenbrüchen, besonders des Unterschenkels bietet. Aber auch bei Femur-, Clavicular- und Oberarmfracturen und nicht zuletzt bei den schwer zu vereinigenden Patellarbrüchen kann dieselbe von Nutzen sein.

9) E. B. Sangree-Nashville: **Blutgranula leukocytischen Ursprungs.** (The Philadelphia Medical Journal, 12. März 1898.)

S. gibt an, in 3 Fällen die Entstehung der von Müller-Wien beschriebenen kleinen, beweglichen Blutgranula aus eosinophilen Zellen beobachtet zu haben. Er schreibt diesen Granulis eine extracellulare Functionsfähigkeit zu. Nicholls hat nachgewiesen, dass ihnen dasselbe Färbungsvermögen zukommt, wie den in den Zellen enthaltenen Körnchen (Philadelph. Med. Journ., 26. Febr. 1898).

10) D. R. Brower: **Autointoxication, und ihre Beziehung zu Erkrankungen des Nervensystems.** (Journal of the American Medical Association, 12. März 1898.)

Die Resultate der neueren Forschungen weisen darauf hin dass ein nicht unbeträchtlicher Theil der nervösen Erkrankungen auf eine Autointoxication des Organismus als Grundursache zurückgeführt werden kann. Diese hauptsächlich durch gastrointestinale Störungen in Folge von Gastrektasie, intestinale Dyspepsie, Coprostase u. s. w., verursachte Autointoxication bewirkt eine acute oder chronische parenchymatöse Degeneration des Nervensystems, die unter Umständen zu einer völligen Zerstörung der Structur und Functionsfähigkeit der Nervenzellen führen kann. In Folge der eigenthümlichen Anordnung der Lymphcanäle im Nervensystem kann durch Obstruction derselben sogar eine Autointoxication des Gehirns erfolgen. Die Diagnose ergibt sich aus dem Untersuchungsbefund der betroffenen Körperregion, des Magendarminhaltes und des Urins. Der letztere zeigt eine Vermehrung des Indicangehalts und Herabsetzung der Sulfate im Allgemeinen. Daneben besteht meist gleichzeitig eine Verminderung des Haemoglobins und der rothen Blutkörperchen. Die Behandlung besteht in Magenspülungen, Enteroklysis, interner Verabreichung von Antisepticis, Laxantien und blutbildenden Mitteln.

11) F. G. Morrill: **Untersuchungen über die Dosirung und Schutzwirkung der Diphtherieantitoxin-Einspritzungen.** (The Boston Medical and Surgical Journal, 3. März 1898.)

Die in dem Kinderhospital zu Boston an einem Material von beinahe 2000 Fällen angestellten Untersuchungen sind geeignet, die von Kassowitz-Wien aufgestellten Behauptungen von der Wirkungslosigkeit des Diphtherieheilserums gründlich zu widerlegen. Was die Dosirung betrifft, so kommt M. zu folgenden Schlüssen: Die Injection einer Dosis von 100—250 Immunisirungseinheiten gibt, vorausgesetzt, dass sie mindestens 24 Stunden vor der Infection erfolgt, einen Schutz für mindestens 10 Tage, die Anwendung einer höheren Dosis, 250 Einheiten für ein Kind von 2 Jahren bis zu 500 für Kinder von 8 Jahren und darüber, verlängert die Immunität bis zu 3 Wochen. Bei absoluter Reinheit des Serums treten weder bei gesunden noch anderweitig erkrankten Kindern Nebenerscheinungen auf. Zum Schlusse wird bemerkt, dass durch das Heilserum das Auftreten einer Follicularangina nicht specifischen Charakters keineswegs verhindert werden kann.

12) Th. Smith: **Die Toxine und Antitoxine des Tetanus.** (The Boston Medical and Surgical Journal, 31. März 1898) und

13) F. B. Lund: **Zwei mit Antitoxin behandelte Fälle von Tetanus.** (Ibidem.)

Tetanus ist der Antitoxinbehandlung viel weniger zugänglich als die Diphtherie, weil mit dem Ausbruch der Symptome eine viel grössere Quantität von Serum nöthig ist. Die kleinste wirksame Dosis beträgt 100 ccm, die Anfangsdosis muss entsprechend eine bedeutend höhere sein. Von den beiden berichteten Fällen verlief der eine letal. Der günstige Ausgang des zweiten Falles ist wohl mit auf Rechnung der milderen Form der Erkrankung zu setzen.

14) J. Zahorsky-St. Louis: **Der klinische Werth der Verabreichung des Diphtherieantitoxins per os.** (New-York Medical Journal, 19. März 1898.)

Bericht über 9 Fälle von Diphtherie, die mit interner Verabreichung des Heilserums behandelt wurden. In sämmtlichen Fällen trat Heilung innerhalb 72 Stunden ein. Dieselbe Methode wurde bei 42 Fällen zur Erzeugung der Immunität angewandt, in einem einzigen Falle trat nach 12 Stunden Diphtherie auf. Z. schliesst, dass die Wirkung des Antitoxins bei der Darreichung per os dieselbe ist, wie bei der subcutanen Einverleibung, dass die Wirkung derselben aber langsamer eintritt. Die Methode scheint demnach etwas weniger verlässlich zu sein, dürfte sich aber in allen Fällen, welche noch keine zwei Tage der Infectionsgefahr ausgesetzt waren, als weniger umständlich zur Anwendung empfehlen.

15) J. Ridlon-Chicago: **Streckung der Rückgratsverkrümmung in der Narkose.** (Journal of the American Medical Association, 26. März 1898.)

Die Arbeit, die über 7 nach der Calot'schen Methode behandelte Fälle berichtet, ist dadurch interessant, dass sie Illustrationen zu den Werken von Galen und Ambroise Paré, aus dem 16. Jahrhundert stammend, reproducirt, welche beweisen, dass die forcirte Streckung keineswegs eine neue Erfindung ist, sondern schon von den alten Aerzten gekannt und geübt wurde.

16) F. T. Andrews-Chicago: **Eine neue Methode der Perineorrhaphie und Colporrhaphia posterior.** (The American Gynaecological and Obstetrical Journal, März 1898.)

Die Operation beginnt mit der Excision eines dreieckigen oberflächlichen Hautlappens der hinteren Vaginalwand, dessen Spitze nach dem After gerichtet ist, wie bei der Emmet'schen Operation. Alsdann wird die Schleimhaut von den beiden Enden des Dreiecks aus gegen die Cervix zu stumpf losgelöst in der ganzen Länge der Vagina und der so gebildete zungenförmige Lappen durch seitliche Incisionen freigelegt. Die Naht erfolgt dann in der Weise, dass dieser Lappen nach Stillung der Blutung nach der oberen Cervix zurückgeklappt und unterhalb derselben pürzelförmig vernäht wird, worauf eine lineare Vereinigung der Schnittflächen in der Scheide erfolgt. Die Methode ist an mehr als 50 Fällen mit Erfolg angewendet worden.

17) B. Symonds: **Die Bedeutung der Albuminurie für die Lebensversicherung.** (The American Journal of the Medical Sciences, April 1898.)

Die empfindlichsten Eiweissproben fällen gleichzeitig auch Nucleoproteïde und sind daher für die Zwecke der Versicherung unverlässlich. Das Verfahren des Autors, der als Vertrauensarzt einer der grössten Versicherungsgesellschaften fungirt, besteht darin, dass er zunächst den Urin kocht, ergibt die Probe mit Essigsäure eine Trübung, so ist die Reaction nur dann als positiv anzunehmen, wenn auch die Heller'sche Probe innerhalb mindestens 20 Minuten positives Resultat ergibt. Vorübergehende Albuminurie ohne pathologische Bedeutung lässt sich sehr oft beobachten im Verlaufe von Influenza, den gewöhnlichen Erkältungskrankheiten, nach Radtouren oder anderen körperlichen Anstrengungen, nach Diätfehlern, bei abnormer Concentration des Urins und den Formen der sog. cyclischen Albuminurie. Bei völlig gesunden Nieren ist dieselbe ausgeschlossen. Eine schlechte Prognose bedingen eine langandauernde constante Eiweissabscheidung, der Nachweis von Cylindern in Verbindung mit niedrigem specifischem Gewicht, Kopfschmerzen, Störungen im Bereiche der Arterien und des Herzens in einem Alter über 40 Jahren.

18) W. H. Pórter-New-York: **Vorkommen und klinische Bedeutung von Eiweiss und Cylindern im Urin.** (The Philadelphia Medical Journal, 2. April 1898.)

P. kommt auf Grund seiner eingehenden Studie zu folgenden Schlüssen: Das im Urin nachweisbare Serumalbumin ist kein einheitlicher Körper, das Epithel der harnleitenden Canälchen secernirt die verschiedenen Arten des im Urin nachweisbaren Proteïds, aus welchem sich die Cylinder bilden. Es gibt zweierlei Formen von Cylindern, die eine ist das Anzeichen regressiver Processe des Nierengewebes, während die andere keinen Beweis für structurelle Veränderungen des Organs liefert und sich in fast jedem centrifugirten Harn nachweisen lässt. Eiweiss im Urin kann ebenso auftreten ohne Ausscheidung von Cylindern wie umgekehrt. In Bezug auf Diagnose und Behandlung ergibt sich aus diesen Ausführungen, dass eine grosse Anzahl als Nephritis angesprochener Fälle keine wirkliche Nephritis sind und dass eine Nephritis ebenso gut zur Heilung kommen kann, wie z. B. ein gebrochenes Bein, d. h. zwar nicht in histologischer, wohl aber in functioneller Beziehung.

19) H. F. Harris: **Amoebendysenterie.** (The American Journal of the Medical Sciences, April 1898.)

Bericht über 35 Fälle, davon 4 unter 10 Jahre alt. In 30 der Fälle wird die Infection auf Genuss von unreinem Wasser zurückgeführt. In allen Fällen konnten Amoeben, in 6 Cercomonas nachgewiesen werden. Zweimal traten Leberabscesse auf, einmal Ulceration und Perforation des Wurmfortsatzes. Bezüglich Therapie erwiesen sich Injectionen mit Hydrogendioxid in 20 proc. wässeriger Lösung als werthvoll.

20) H. Koplik-New-York: **Zur Bacteriologie der Pertussis.** (Johns Hopkins-Hospital Bulletin, April 1898.)

Das von Koplik aus dem Sputum Keuchhustenkranker in Reinculturen dargestellte Bacterium scheint mit dem von Czaplewski und Hensel beschriebenen identisch zu sein. Es zeichnet sich wie der Pfeiffer'sche Influenzabacillus oder der Koch'sche Bacillus der Mäusesepticaemie durch seine Kleinheit aus. Die besten Bilder gibt die Löffler'sche alkalische Blaufärbung. Eine Isolirung des Bacillus in den dem Convulsivstadium vorangehenden Perioden liess sich nicht erzielen.

21) E. Klebs-Chicago: **Anatomische Untersuchungen über Gelbfieber.** (The Journal of the American Medical Association, 16. April 1898.)

Die Ergebnisse der Untersuchungen von Klebs stehen in Widerspruch mit der Sanarelli'schen Theorie. Nach seiner Ansicht entwickelt sich das Gelbfieber als eine Gastroduodenitis mit folgender Leberatrophie, bedingt durch Protozoeninfection, deren Wirkung durch beigefügte Abbildung mikroskopischer Präparate illustrirt wird. Was den Modus der Infection betrifft, so erfolgt die Ansteckung nie direct, Wasser kann nicht als Träger der Infection angesprochen werden.

(Schluss folgt.)

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 19. Mai 1898.

Demonstrationen:

Herr **Th. Mayer** demonstrirt ein Kind mit Urticaria chronica pigmentosa und einen Mann mit Stauungshyperplasie des Penis nach Exstirpation der beiderseitigen Leistendrüsen. Zur Beseitigung dieses Zustandes werden erst resorbirende Maassnahmen versucht werden; wenn diese erfolglos sein sollten, nach Landau's Vorgang keilförmige Excisionen gemacht werden.

Herr **Edmund Meyer** demonstrirt einen Kranken mit Tumor des Antrum Highmori.

Herr **Kramm** demonstrirt das Leichenpräparat eines noch nicht genügend festgestellten Tumors des Abdomens.

Tagesordnung:

Herr **Dührssen: Demonstration eines usurirten, vaginal exstirpirten Uterus.**

Nach Abort wurde erst von einem anderen Arzte, dann von Dührssen curettirt, jedoch wegen der Unmöglichkeit, alle Placentarreste zu entfernen, die Tamponade des Uterus vorgenommen. Nach 48 Stunden konnte man den Finger einführen und nun gelang es, Placentarreste manuell zu entfernen, aber gleichzeitig konnte man einen Defect in der Uteruswand fühlen. Es trat starke Blutung auf, welche D. veranlasste, den Uterus vaginal zu exstirpiren. Die mikroskopische Untersuchung der curettirten Stückchen zeigte, dass mit ihnen Uterusmusculatur entfernt worden war.

Es musste die Placenta also abnorm fest gesessen haben und der Uterus abnorm weich gewesen sein. Aehnliche Verhältnisse sind bis jetzt nur an der Leiche beobachtet und zwar einmal vom Vortragenden und einmal von Gessner.

Solche Erfahrungen lehren, dass die Curette doch nicht das geeignete Instrument zur Behandlung des Abortes sei, sondern der Finger, da man ja nicht vorher wissen könne, ob ein solcher Fall wie in Obigem vorläge.

Die Exstirpation des Uterus ist nicht immer nöthig; man kann zuweilen mit fester Tamponade, vielleicht auch mit der Vaporisation auskommen.

Discussion: Herr Brösike, Herr Dührssen.

Herr **Maas: Ovarialhernie mit Stieldrehung beim Kinde.**

Vortragender beobachtete bei einem kleinen Mädchen eine eingeklemmte Ovarialhernie mit Stieldrehung, welche er mit Glück operirte.

Herr **R. Schäffer: Experimentelle Beiträge zur Asepsis.**

Kurzer Bericht über verschiedene kleine Modificationen des üblichen Verfahrens und Apparates.

Verein für innere Medicin in Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 16. Mai 1898.

Discussion zum Vortrage des Herrn **A. Fraenkel: Ueber Bronchialasthma.**

Herr Jakobsohn demonstrirt von einem Falle von fibrinöser Bronchitis sehr instructive Präparate der bekannten baumförmig verzweigten Bronchialausgüsse. Der Kranke hat sein Leiden seit mehreren Jahren; es treten periodische Anfälle von hochgradiger Dyspnoe auf, die mit eigentlichem Asthma jedoch nichts zu thun haben, und mit der Entleerung der erwähnten fibrinösen Ausgüsse einhergehen. Am wirksamsten erwiesen sich Inhalationen von Kalkwasser.

Herr v. Leyden betont das grosse Interesse, welches der Fall des Herrn Fraenkel beansprucht und stellt sich im Ganzen auf den Standpunkt des Vortragenden bezüglich der Auffassung von der Natur der Asthma. Er erwähnt noch mehrere Beobachtungen, in welchen nach jahrelangem Bestehen von Asthma und Tod an einer intercurrenten Krankheit der Sectionsbefund absolut negativ gewesen, nicht einmal Emphysem gefunden worden sei. Die Curschmann'schen Spiralen seien nicht charakteristisch für das asthmatische Sputum, sondern die zahllosen, im Anfange vorhandenen eosinophilen Zellen und Krystalle.

Herr Siegheim erwähnt den heilsamen Einfluss des Aufenthaltes an der Nordsee. Herr J. Lazarus stellt sich im Wesentlichen auf den Standpunkt des Herrn Fraenkel.

Herr **A. Fraenkel: Zur Lehre von den Geschwülsten des Rückenmarks.**

Das Interesse der Rückenmarkstumoren ist bis jetzt noch wesentlich ein diagnostisches, da therapeutische Erfolge nur in einigen wenigen Fällen von operativer Beseitigung gutartiger Tumoren zu verzeichnen sind. Einen diagnostischen Beitrag sollen die zwei folgenden interessanten Fälle geben.

Im ersten Falle handelt es sich um einen jungen Mann, welcher 3 Wochen nach Beginn seiner Erkrankung in's Krankenhaus kam. Es bestanden bis dahin «rheumatische» Beschwerden der Schultermusculatur. Bei der Aufnahme fand sich jedoch eine beträchtliche Atrophie der Schultermusculatur, Steigerung der Reflexe, Parese der Arme; Gang unsicher. Sensibilität wenig beeinträchtigt. Entartungsreaction an den Armen nicht nachweisbar. In wenigen Tagen nahm die Lähmung schnell zu, ergriff Blase, Mastdarm und untere Extremitäten, Athem- und Schlingstörungen traten hinzu und führten in wenigen Wochen ad exitum. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose war Myelitis acuta gewesen. Die Section ergab jedoch ein Gliosarkom, das von der Medulla oblongata bis zur Cauda equina reichte.

Im 2. Falle war ein junger Mann von der Pferdebahn herab auf die rechte Seite gefallen, wodurch eine Quetschung der rechten Hüfte entstand. Ein Jahr später traten heftige Sahmerzen in der rechten Hüfte und bis herab zum Knie auf. Auf eine längere Zeit des Wohlbefindens folgte wieder eine Zeit der Schmerzen, welche nunmehr im ganzen Körper und bei jeder Bewegung, selbst Husten oder Niesen, auftraten. Besonders heftig waren sie in der Steissgegend. Nun — 4 Jahre nach der genannten Verletzung — traten auch Contracturen der unteren Extremitäten auf; es gesellte sich Decubitus hinzu und Cystitis und unter den gewöhnlichen Erscheinungen ging Patient zu Grunde.

Die von C. Benda ausgeführte mikroskopische Untersuchung ergab einen höchst eigenartigen Tumor, welcher sich mit dem von W. Rosenthal kürzlich veröffentlichten 1. Falle und von diesem als Neuroepithelioma medullae spinalis bezeichneten Tumor deckt. Die Geschwulst besteht im Wesentlichen aus Gliagewebe, in demselben finden sich Cysten, welche von einem cylindrischen Epithel ausgekleidet sind; die Epithelzellen stehen durch Fortsätze in directem Zusammenhange mit der Glia, stellen also echtes Centralcanalepithel dar. In dem vom Vortragenden erwähnten Falle finden sich die Cysten und Zellen nicht so häufig, wie in den Rosenthal'schen und nur an einem bestimmten Abschnitte des Rückenmarkes.

Der genannte Tumor hatte das Rückenmark stellenweise mantelartig umgeben, stellenweise total zerstört.

Vortragender sieht in dem Entstehen dieses Tumors einen Beleg für die Cohnheim'sche Geschwulsttheorie.

Discussion: Herr C. Benda erläutert die mikroskopischen Präparate dieses Tumors und eines ihm von A. Rosenthal überwiesenen Präparates seines Falles. H. K

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 17. Mai 1898.

Vorsitzender: Herr Kümmell.

I. **Demonstrationen:**

1. Herr **Stumm** zeigte ein 5jähr. Kind mit **angeborenem Laryngospasmus.** Das Leiden, das sich vornehmlich in einem lauten laryngealen Stridor äussert, findet sich bei dem nicht rachitischen Kinde seit der Geburt, verursacht keine Cyanose, verschwindet nicht im Schlafe; es ist als centrale Störung i. e. eine Entwickelungsneurose aufzufassen und hat bei allgemein tonisirender Behandlung eine verhältnissmässig günstige Prognose. Laryngospastische Erscheinungen hat St. häufiger bei Säuglingen nach Chloroformnarkosen gesehen, ein Moment, was für die Richtigkeit der Annahme einer centralen Störung zu verwerthen ist.

2. Herr **Schwendter** stellt aus Unna's Klinik einen im Uebrigen völlig gesunden Diabetiker vor, der als einziges Symptom ein klassisches, selten schönes **Xanthoma glycosuricum** bietet. Herr Unna gibt hiezu einige histopathologische, differentialdiagnostische Erläuterungen.

3. Herr **Zenker** demonstrirt eine Reihe von neueren orthopädischen Apparaten, namentlich Corsetts und Schienen, und erläutert an den einschlägigen Fällen Wirkungsweise und Vorzüge derselben.

4. Herr **Zarniko** bespricht an der Hand eines vorgestellten, vor 6 Wochen operirten Kranken die Resultate und die **Nachbehandlung** der in einer der letzten Sitzungen ausführlich erörterten **Radicaloperation der Mittelohreiterungen.** Er verwirft in solchen Fällen auf Grund seiner Erfahrungen die Tamponadebehandlung der Wundhöhle und bevorzugt die Bezold'sche Borsäuretherapie. Die feste Tamponade wirkt als pathologischer Reiz und verursacht eine derart reichliche Granulationsbildung, dass das Plus nachher durch Aetzung entfernt werden muss; viel besser und rascher vollzieht sich die Ueberhäutung der Wundhöhle unter dem austrocknenden Borsäurepuder.

Im Anschluss hieran demonstrirt Z. die Leichentheile eines nach der Operation in Folge einer bereits vorhor bestehenden, aber nicht diagnosticirbaren Meningitis zum Exitus gekommenen Falles.

II. Vortrag **des Herrn Boettiger: Ueber Hypochondrie (hypochondrisches Irresein).**

Vortragender stellt sich in dem Streite, ob die Hypochondrie nur eine Theilerscheinung der Neurasthenie oder eine selbständige psychische Erkrankung ist, auf letzteren Standpunkt. Er betont die Nothwendigkeit, bei dem Versuch, dem Wesen psychischer Krankheiten auf den Grund zu kommen, nicht nur klinisch, anschauend zu beobachten, sondern vor Allem auch physiologisch, pathologisch-physiologisch. Er schickt einige kurze orientirende Bemerkungen über die normale Psychophysiologie voraus und stellt sich dabei auf den Standpunkt der Associationspsychologie.

Bei der Besprechung der Hypochondrie geht er aus von der von Hitzig in seiner Monographie über den Quaerulantenwahn gegebenen Definition derselben: «Die Hypochondrie ist eine auf einer krankhaften Veränderung der Selbstempfindung beruhende Form der traurigen Verstimmung, in welcher die Aufmerksamkeit anhaltend oder vorwiegend auf die Zustände des eigenen Körpers oder Geistes gerichtet ist.» Sodann theilt er die Krankengeschichten mehrerer besonders reiner, uncomplicirter Fälle von Hypochondrie mit; in der einen Gruppe derselben betrifft die veränderte Selbstempfindung vorwiegend den geistigen Antheil der Persönlichkeit; die Kranken klagen, dass sie sich wie leblos, todt vorkommen, wie aufgezogene Maschinen, wie Schatten, wie eine Figur aus dem Panoptikum etc., dass sie geistig nicht hören, sehen etc. können, obwohl sie eigentlich ganz leidlich sich unterhalten können; aber wenn sie sprächen, sei es ihnen so, wie wenn sie selbst nichts davon wüssten, was sie sprechen. Zugleich bestehen häufig bei diesen Kranken Symptome von veränderter Empfindung der Aussenwelt, es kommt ihnen Alles anders vor, die Stimmen der Menschen, ihre Gesichter, die Häuser, Bäume etc. Diese veränderten Empfindungen drängen sich den Kranken zwangsmässig auf (Zwangsempfindungsirresein), und zwängen sich in alle Ideenassociationen hinein, sodass die Vorstellungen eine einseitige Richtung annehmen. Ausserdem pflegt die Reproduction von Vorstellungen eine sehr nebelhafte zu sein.

Ein im Princip gleichartiges, in der Erscheinungsweise aber sehr differentes Krankheitsbild bieten diejenigen Hypochonder, bei denen die veränderte Selbstempfindung vorwiegend den körperlichen Antheil der Persönlichkeit betrifft. Auch für diese Form führt Vortr. einige Paradigmata an.

Bei allen Hypochondern sind die veränderten Selbstempfindungen und dementsprechenden Vorstellungen mehr weniger fest fixirte und wenig veränderliche. Inhaltlich gehen sie nicht über das physisch Mögliche hinaus. Aus ihren Empfindungen in erster Linie resultirt ihr charakteristisches Benehmen.

Was bei Neurasthenikern gewöhnlich als Hypochondrie bezeichnet wird, sind Erscheinungen von Nosophobie, doch kann sich nicht gar so selten zur Neurasthenie echte Hypochondrie hinzugesellen. Gleichwohl sind beide Krankheiten ihrem Wesen nach durchaus zu trennen.

Vortragender sieht als Hypochondrie eine Krankheit an, «bei welcher die Empfindungen und Vorstellungen des eigenen Körpers und Geistes, sowie die der Aussenwelt illusionär transformirt sind, und dabei in ihrer Intensität erhöht oder vermindert erscheinen. Begleitet sind dieselben von negativen Gefühlstönen. Diese veränderte Selbstempfindung und Empfindung der Aussenwelt entsteht entweder primär durch krankhafte functionelle Vorgänge in cerebro, oder secundär nach irgend welchen abnormen Sensationen. Die veränderte Selbstempfindung führt, in Folge ihrer dominirenden Stellung unter den Empfindungen des Kranken überhaupt, zu zwangsmässiger Richtung des Vorstellungsinhaltes auf das eigene Ich und unter Vernachlässigung anderer, vorher geläufig gewesener Vorstellungsreihen, zu abnormer Vorstellungsarmuth. In Folge Einfügung dieser dominirenden Empfindungen und Vorstellungen in alle Ideenassociationen des Kranken wird auch auf diese die negative Gefühlsbetonung übertragen und auch die nicht direct hypochondrischen Vorstellungen und Wahrnehmungen verbinden sich mit Unlustgefühlen.»

Vortragender bespricht sodann als besondere Varianten und schwerere Formen der Hypochondrie 1. die melancholische Hypochondrie, charakterisirt durch Hinzutreten des Kleinheitswahns, der Selbstanklagen von Selbstverschulden oder Verdienen der Krankheit, Angst und Suicidgedanken. Und 2. die schwachsinnige Hypochondrie, charakterisirt dadurch, dass die hypochondrischen Vorstellungen in's Ungeheuerliche, physisch Unmögliche wachsen. Die Unterschiede gegenüber den ganz anderen Krankheitsgruppen angehörenden hypochondrischen Formen der Dementia paralytica und Paranoia werden kurz skizzirt. Vortragender schliesst mit einigen Bemerkungen zur Prognose und Therapie der Hypochondrie.

Discussion: Herr Saenger steht auf dem Standpunkte Binswanger's, dass die Trennung der Hypochondrie von der Neurasthenie keineswegs so scharf zu machen ist, wie der Vortragende dies betont hat. Auf dem ganzen Gebiete der functionellen Erkrankungen kommen fliessende Uebergänge vor. Oft findet man bei Neurasthenikern hypochondrische, nicht nur rein nosophobische Züge; und oft entwickelt sich die Hypochondrie geradezu auf dem Boden der Neurasthenie.

Herr Wollenberg behandelt kurz die motorischen Störungen und Lähmungen bei Hypochondrie. Die vom Vortragenden Hitzig zugeschriebene Definition der H. stammt ursprünglich von Jolly.

Herr Boettiger (Schlusswort) erwidert Herrn Wollenberg, dass er bei Bemerkungen über die Phrenologie Gall's nur deshalb von Centren gesprochen habe, weil uns diese Bezeichnung jetzt geläufiger sei. Ferner sei die Definition Hitzig's von der Hypochondrie doch noch wesentlich bestimmter, als die ja auch viel ältere von Jolly. Bezüglich des Unterschiedes zwischen hysterischen und hypochondrischen Lähmungen schliesse er sich Herrn Wollenberg an. Herrn Saenger gegenüber berichtigt er, dass er niemals behauptet habe, dass Alles, was durch Vorstellungen bedingt sei, hysterisch sei. Allerdings stehe er auf dem Standpunkt von Moebius und Bruns, dass alle wirklich hysterischen Symptome imitirbar seien. Die Schwierigkeit der Unterscheidung von Neurasthenie, Hysterie und Hypochondrie in vielen Fällen erkenne er ebenso wie Herr Saenger an, die Auswahl der heute citirten, besonders extremen, aber darum auch um so klareren Fälle sei aus didaktischen Gründen erfolgt.

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 5. April 1898.

Vorsitzender: Herr Urban, Schriftführer: Herr Kister.

Demonstrationen:

1. Herr **Fraenkel** demonstrirt von dem in der vorigen Sitzung erwähnten Milzbrandfalle 2 mikroskopische Präparate aus dem Gehirn, dessen Häute in ausgedehnter Weise haemorrhagisch infiltrirt waren: das eine zeigt zahlreiche ausgelaugte rothe Blutkörperchen, die kein Haemoglobin mehr enthalten — Schatten —; das zweite stellt einen Gehirnschnitt dar, in dem die Bacillen die Lymphscheide eines Gefässes occupirt haben, dessen Lumen aber frei von Bacterien ist.

2. Herr **Embden** demonstrirt ein Gehirn, in dem sich an Stelle eines vor längerer Zeit exstirpirten Solitärtuberkels eine Cyste gebildet hat.

3. Herr **Sick**: Demonstration des zu dem von Dr. Embden vorgezeigten Gehirn gehörigen Schädeldaches. Es war bei der Operation ein Wagner'scher Knochen-Weichtheillappen gebildet worden. Trotzdem die Wunde per primam heilte, trat doch nur an einer circumscripten Stelle eine knöcherne Vereinigung mit dem übrigen Schädeldache ein. Diese mangelhafte knöcherne Vereinigung war dadurch bedingt, dass der Lappen durch den intracraniellen Druck über das Niveau der Knochenwunde emporgehoben wurde.

Ferner demonstrirt Vortragender ein zweites Schädeldach, das einem Mädchen von 25 Jahren entstammt, welches 1889 trepanirt und 1895 gestorben war. Hier war das ausgemeisselte, etwa fünfmarkstückgrosse Knochenstück bis zur Beendigung der Operation in Kochsalzlösung aufbewahrt und dann wieder implantirt worden. Heilung per primam int. Die Innenseite des Schädeldaches ist vollkommen glatt und eben und das entfernt gewesene Knochenstück nur noch an einer feinen Knochennarbe kenntlich und von der Umgebung abgrenzbar. Auf der Aussenseite des Schädels findet sich eine geringe Unebenheit und stellenweise Verdünnung des implantirten Stückes.

Es wird noch kurz die zur Zeit unerledigte Streitfrage nach dem Schicksal der aus der Verbindung mit dem Mutterboden völlig gelöst gewesenen und wieder implantirten Knochenstücke besprochen.

Herr **Wiesinger**: Dass sich gelegentlich an Stelle einer im Gehirn exstirpirten Geschwulst eine Cyste bildet, ist verständlich, doch ist zu hoffen, dass eine derartig ausgedehnte Erweichung der Gehirnmasse in der Umgebung der exstirpirten Geschwulst mit nachfolgender Cystenbildung, wie sie in diesem Falle eingetreten ist, zu den Ausnahmen gehört, da sonst dieses Ereigniss im gegebenen Falle eine Contraindication gegen die Exstirpation derartiger Geschwülste geben würde. Vielleicht hat doch in diesem Falle die Art der Geschwulst, die sich als tuberculös erwies, mit

diesen Erscheinungen in Verbindung gestanden. Man kann sich denken, dass das Gewebe in der Umgebung, nicht mehr gesund, zur Erweichung und Cystenbildung Veranlassung gegeben hat. Weiter muss daran erinnert werden, dass nicht immer einem ganz bestimmten Symptomencomplex der autoptische Befund entspricht. Herr W. erwähnt einen Fall von Jackson'scher Epilepsie, in dem die Annahme einer Geschwulst in der motorischen Rindensphäre, worauf alle Symptome hinwiesen, durch die Section nicht bestätigt werden konnte.

3. Herr Deutschmann: Wenn Herr Embden berichtet hätte, dass nach operativer Entfernung irgend eines grossen aseptischen Fremdkörpers, der den Rauminhalt des Schädels beengt hatte, eine vorher constatirte Stauungspapille sich zurückgebildet hat, so könnte er diesen Fall wohl gegen die entzündliche Theorie und für die rein mechanische Erklärung des Zustandekommens der Stauungspapille verwerthen. Im gegebenen Falle aber, wo es sich um einen tuberculösen Tumor handelt, lässt sich die Krankengeschichte wohl für die Entzündungstheorie, aber durchaus nicht gegen dieselbe in's Feld führen. Sie harmonirt durchaus mit den bisher bekannten experimentellen Thatsachen; noch niemals ist es gelungen, durch reine Druckerhöhung am Schädelraum, so lange nur aseptische Substanzen hierzu verwendet wurden, irgend ein der Stauungspapille ähnliches Bild zu erzeugen. Wenn Herr Embden hervorhebt, dass nach Rückgang der Stauungspapille die Sehnerven völlig normal ausgesehen hätten, so könne er dieser Aussage nur dann Werth beimessen, wenn die Augenspiegeluntersuchung auch im aufrechten Bilde ausgeführt ist. Hierbei kommen doch oft Farbennuancirungen zur Beobachtung, die bei Untersuchung im umgekehrten Bilde nicht zu constatiren sind. Herr Embden betonte ferner besonders, dass später, obwohl sich bei der Section frische tuberculöse Herde an der Hirnoberfläche fanden, also entzündliche Stoffe vorhanden waren, sich nicht von Neuem eine Stauungspapille entwickelt habe. Hiergegen lässt sich aber wohl sagen, dass jene Herde frisch waren, resp. von ihnen aus noch kein infectiöses Material in den Liquor cerebrospinalis gelangt zu sein brauchte. Zu beantworten wäre ferner, wie nach Bildung einer Hirncyste an Stelle der Operation und der frisch aufgeschossenen Tuberkelknoten der Hirndruck sich verhalten hat; es ist doch zum Mindesten sehr fraglich, ob derselbe niedriger gewesen und nicht vielmehr gesteigert gewesen ist; in letzterem Falle würde auch das Ausbleiben einer zweiten Stauungspapille nach Rückgang der ersteren gegen, nicht für die mechanische Theorie sprechen.

4. Herr **Hueter** demonstrirt mikroskopische Präparate von dem in der letzten Sitzung gezeigten Fall von acuter gelber Leberatrophie und bemerkt, dass er sich durch das makroskopische Aussehen der Leber hat täuschen lassen, mehr erhaltenes Lebergewebe anzunehmen, als thatsächlich vorhanden ist. Die Leberzellen sind vielmehr auf grosse Strecken total zu Grunde gegangen und dementsprechend findet sich rothe Atrophie sehr ausgedehnt vorhanden vor. Ein weiterer Beweis, dass der Process schon lange besteht, wird erbracht durch das Vorhandensein von zahlreichen neugebildeten Gallengängen.

Herr Fraenkel hat auch ein Stück der atrophischen Leber mikroskopisch untersucht und glaubt in einem Punkte von den Ausführungen des Herrn Hueter abweichen zu müssen. Die in den rothen Partien sichtbaren Gallengänge seien in der Hauptsache nicht als neugebildete aufzufassen. Die scheinbare Vermehrung könne dadurch zu Stande gekommen sein, dass die einer grösseren Anzahl von untergegangenen Leberläppchen angehörenden Gallengänge auf einen engeren Platz zusammengerückt seien. Von diesen restirenden Gallengängen aus erfolge dann die Regeneration des Leberparenchyms. An den Epithelien der ersteren habe er keine Sprossung gesehen. Bemerkenswerth sei noch, dass in den Schnitten Diplococcen gefunden sind, deren aetiologische Bedeutung aber Herr F. dahingestellt sein lassen will.

Herr Simmonds stellt sich auf den Standpunkt des Herrn Hueter. In den rothen Leberpartien erschienen ihm die Gallengänge doch zu massenhaft und ausserdem vielfach geschlängelt. Gallengangsneubildungen kämen auch ohne mehrfache Schichtung und Sprossung des Epithels vor.

Herr Hueter bemerkt, dass die angelegten Culturen das Bact. coli in Reincultur ergeben haben.

Herr **Flockemann** hält seinen angekündigten Vortrag über das **Aneurysma dissecans.** Derselbe erscheint in dieser Zeitschrift im Original.

Discussion. Herr Simmonds: Die Aetiologie der Aortenrupturen sei nicht klar; neben der vorhandenen Veränderung der Aortenwandung müsse noch eine andere Schädlichkeit mitwirken, sei es ein Trauma oder eine plötzliche Blutdrucksteigerung aus unbekannter Ursache. Die Rupturen führen sehr häufig nicht zu Aneurysmenbildung und können dann ausheilen. Vortragender zeigt ein derartiges Präparat eines geheilten Risses an der Aorta asc. dicht vor dem Arcus und 2 andere Präparate, in welchen neben frischen Rupturen mit Aneurysmenbildung ältere geheilte vorhanden waren. Die von ihm secirten Fälle von Aneurysma dissecans betrafen meist die Aorta ascendens, eines fand er an der Abdominalis an der Bifurcation, ein anderes dicht unterhalb des Zwerchfells. Im letzteren Falle hatte sich der Sack nach dem Duodenum vorgewölbt und war schliesslich in dieses perforirt, so dass der tödtliche Ausgang durch Darmblutung erfolgte. Fälle von dissecirenden Aneurysma der Aorta seien nicht so extrem selten, wie der Vorredner das annimmt; er habe seit 1889 7 derartige Beobachtungen am Sectionstisch gemacht.

Herr Fraenkel hat nur die beiden demonstrirten Fälle von Aneurysma dissecans gesehen. Beim 2. Falle war die Todesursache unklar. Es resultirt aus der durch diese Abdrängung der Gefässhäute bedingten Lumenverletzung und der Abschneidung der Blutzufuhr zum Gehirn eine so schwere Ernährungsstörung, dass sich dasselbe auch nach Wiederherstellung der Circulation nicht wieder erholen kann. Die meisten Risse finden an einer typischen Stelle, in der Gegend des Sinus Valsalvae und des Abgangs der Aorta statt. Herr F. legt ferner eine Abbildung einer geheilten Ruptur an der classischen Stelle vor, die von einem alten Manne stammt, der einige Wochen vor seinem Tode eine Schenkelhalsfractur erlitt.

Physikalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 12. Mai 1898.

Demonstrationen:

1. Herr **Sobotta** demonstrirt mikroskopische Präparate des Corti'schen Organs vom Meerschweinchen.

2. Herr **Schultze** zeigt Frostschnitte durch ganze Embryonen und durch Köpfe, die mittels Alkohol und Kayserling'scher Flüssigkeit (Kal. acet. 10,0 Kal. nitr. 10,0 Formalin. 750,0 Aq. dest. ad 1000,0) behandelt und endlich in einer Mischung von Glycerin und Kal. acet. (20 Proc.) aufbewahrt sind. Da nach Schultze's Erfahrung die Farben bei dieser Behandlungsmethode (infolge des Glycerins) etwas leiden, so hat er andere Schnitte direct nach dem Gefrieren in eine 20 bis 40 proc. wässrige Kal. acet.-Lösung gethan und damit vorzügliche Resultate erhalten. Auch ganze Organe, die man in 20—40 proc. Kal. acet.-Lösung legt, bewahren lange ihre normale Consistenz und Farbe und trocknen, wenn man sie für längere Zeit aus der Flüssigkeit entfernt und auf einen Teller legt, nicht aus. Statt der wässrigen kann man zur besseren Conservirung auch eine 10 proc. alkoholische Lösung verwenden.

Herr **Borst** hat eine grössere Anzahl von pathologisch-anatomischen Präparaten aufgestellt, die nach der etwas modificirten Kayserling'schen Methode hergestellt wurden, und bemerkt, dass die zur Zeit sehr alten Präparate, was ihre Farbe betrifft, durchaus keine Veränderungen erlitten haben.

Herr **Weber** demonstrirt Präparate von Gehirnen, die mit Kayserling'scher Flüssigkeit fixirt sind. (Die Fixirung geschieht entweder durch Einlegen des zerlegten Gehirns in die Flüssigkeit oder durch Injection des ganzen Gehirns von den Basalgefässen aus unter gleichmässigem Druck). Die Horizontal-, Frontal- und Sagittalschnitte von 3—8 mm Dicke wurden in flachen Glaskästen in Gelatine eingeschlossen. Die Gelatine wird bei Wärme in Glycerin gelöst, weil ein Zusatz von Wasser Trübungen und später Schrumpfungen veranlasst. Die Präparate sind halbdurchsichtig, erscheinen in den natürlichen Farben und lassen die topographischen Verhältnisse (Vertheilung von grauer und weisser Substanz, Herderkrankungen etc.) deutlich erkennen.

Herr **Burkhard** erläutert zwei von ihm vorgezeigte **Missbildungen.** Im einen Fall handelte es sich um einen Diprosopus distomus, der genau so erst zwei Mal beschrieben ist. Wir finden eine sehr breit angelegte Nase, zwei schräg gestellte Mundöffnungen, ein breites Kinn und zwei seichte Trachealfisteln, während die übrigen Organe im Wesentlichen normal sind. Der zweite Fall betraf einen Janiceps asymmetros, eine Missbildung, die sich schon mehrfach in der Literatur findet. Im vorliegendem Falle haben wir es zu gleicher Zeit mit einem Anencephalus zu thun, im Uebrigen ist der Körper vollständig doppelt angelegt, am Schädel fehlen, wie immer bei solchen Missbildungen, die häutig angelegten Knochen, während die knorplig präformirten vorhanden sind. Im Uebrigen fällt besonders ein zweites in der Gegend des Nackens sitzendes Ohrenpaar auf.

Herr **Seifert** zeigt einen 14jährigen Knaben mit **Granuloma tuberculosum** und weist darauf hin, dass die verschiedenen Formen der Hauttuberculose in letzter Zeit das Interesse der Dermatologen besonders in Anspruch genommen hätten, so dass auf dem Congress in London 21 besondere Formen dieser Erkrankung unterschieden worden seien. Die histologischen Präparate dieses Falles, die von einem excidirten Stück gewonnen wurden, zeigten eine diffuse kleinzellige Infiltration mit Nestern von Riesenzellen, in denen zunächst keine T.-B. gefunden wurden, nicht aber ein multiples Auftreten von Tuberkelknötchen, wie es sonst dem Lupus eigen ist.

Rostoski.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 21. Mai 1898.

Recidivirende Sklerose und Rupia syphilitica. — Pemphigus vegetans. — Syphilis ulcerosa praecox und das sogenannte Naturheilverfahren. — Aerztliche Curpfuscher. — Heilserumtherapie und Diphtherietod.

Im Wiener medicinischen Club stellte jüngst Docent Dr. Ehrmann einen interessanten Fall vor. Anfangs Jänner hatte Patient eine Sklerose am Präputium, nach 4 Wochen ein typisches maculöses Syphilid neben Rupia syphilitica (crustöspapulöses Syphilid), Drüsenschwellungen in inguine, Kopfschmerzen etc. Nach 30 Einreibungen verschwanden die Erscheinungen. Anfangs Mai abermals Rupia neben einem maculösen Syphilid, Papeln an der Kopfhaut, Alopecie, am Scrotum, woselbst früher eine kleine Erosion gewesen, eine typische, plattenförmige, oberflächlich nekrotisirende Sklerose.

Gleichzeitig mit den Syphiliden waren also hier schon ulceröse Formen aufgetreten und wo früher vielleicht ein „Analogon" einer Sklerose, aber gewiss keine typische Sklerose bestand, war jetzt eine solche Sklerose sicht- und fühlbar. Es gibt eben Fälle, in welchen die Sklerose, oft gleichzeitig mit dem Exanthem, recidivirt, entweder an einer Stelle, an welcher früher der Primäraffect sass, oder an einer solchen, wo die Sklerosirung nicht vollständig verschwand. Solche Fälle können, wenn inzwischen eine längere, symptomlose Zeit verstrichen ist, als Reïnfection angesehen werden, oder als postinitiale Infection, wenn die ersten Secundärerscheinungen noch nicht geschwunden sind.

Diese Fälle von recidivirender oder Sklerosis redux oder Reïnduration sind nach Ehrmann darauf zurückzuführen, dass Reste des syphilitischen Virus vorhanden sind, die unter geeigneten Umständen zur Wucherung gelangen und Sklerosen oder diesen ähnliche Formen erzeugen.

Docent Dr. von Zeissl wies noch auf das interessante Moment hin, dass in diesem Falle die Rupiaefflorescenzen schon sehr früh aufgetreten waren, da sie in der Regel erst 9 Monate post infectionem erscheinen. Es beweist auch der Fall, dass die Rupia aus Papeln hervorgehen, was schon Hermann v. Zeissl behauptet habe. Hingegen behauptet Ehrmann, dass die Rupiaefflorescenzen recht häufig im Proruptionsstadium des ersten Syphilids auftreten, so dass die Ausnahmen von der Regel recht zahlreich sind. Der Verlauf zeigt auch, dass es sich hier thatsächlich um eine Sklerose und nicht etwa um ein Gumma handle.

In der Gesellschaft der Aerzte demonstrirte Prof. Mrazek einen Fall von Pemphigus vegetans, darum interessant, weil die Affection nun schon mehr als 7 Jahre lang besteht, während die Prognose der meisten Fälle bekanntlich eine sehr ungünstige ist. Es sind indess auch schon Fälle beschrieben worden, in welchen erst nach 8—10jährigem Bestande der Tod erfolgte. Die vorgestellte Kranke war seit 1891 wiederholt in Beobachtung, hatte Blasenausbrüche mit Excoriationen, papillomatösen Efflorescenzen und genas ebenso wiederholt. In der Hals- und Nackengegend, in den Achselhöhlen und am Unterbauche ist die Haut dunkelschwarz verfärbt, oder es sind warzenartige und papillomatöse Verdickungen der Haut sichtbar, an anderen Stellen sind diese Wucherungen noch roth und feucht. Die Kranke ist noch nicht frei von Blasennachschüben. Bei diesem Anlasse betont Mrazek die Nothwendigkeit, derlei Fälle antiseptisch zu verbinden, um das Eintreten von Sepsis zu verhüten.

Sodann stellte Professor Mrazek einen Fall von Syphilis ulcerosa vor, welcher durch das sogen. Naturheilverfahren bis an den Rand des Grabes gebracht wurde. Als Mrazek den Kranken sah, hatte derselbe 53 Geschwüre am Körper, pfennig- bis guldenstückgross, welche sich peripher ausbreiteten. Aufs Aeusserste herabgekommen, konnte sich der Kranke kaum aufrichten, hatte einen fadenförmigen Puls, war sehr abgemagert; die Haut fahl, kühl, faltig. Vor 4½ Monaten inficirt, war er sofort, als das Exanthem erschien, in eine Anstalt gegangen, woselbst bloss das sogen. Naturheilverfahren geübt wird — Bielz in Radebeul-Dresden. Neun volle Wochen blieb er da, bis er den Zustand hatte, in welchem ihn M. sah.

Therapie: Quecksilbersalbenverband, innerlich kleine Gaben von Jodeisensyrup, später Einreibungen etc. Der Kranke hat an Körpergewicht stark zugenommen, die Geschwüre sind geheilt, der Mann sieht gut aus.

Und nun kömmt die Frechheit in voller Substanz. Die erwähnte Anstalt hat eine Brochüre veröffentlicht: «Syphilis ohne Quecksilber und Jod heilbar», in welcher derselbe Fall als mit vegetabilischer Nahrung, Dampfbädern, Zinnkraut-Compressen etc. geheilt dargestellt wird. Der Kranke habe am ganzen Körper glatt und rein, nur noch im Gesichte mit einigen, im Abheilen befindlichen Stellen, «dankerfüllt» die Anstalt verlassen, um zu Hause «durch eine leichte Nachcur» die Reste seines Leidens zu beseitigen. (Diese Darstellung wurde seitens der Mitglieder der Gesellschaft mit anhaltendem Gelächter aufgenommen.)

Professor Mrazek fügte dieser Demonstration die nachfolgenden allgemeinen Betrachtungen hinzu: «Wenn es auch jedem Arzte unbenommen bleibt, die Methode für die Behandlung selbst anzugeben, so entsteht denn doch die Frage, ob in einem solchen Falle, wo die Syphilis so rapide Fortschritte macht, ein Verfahren durch neun Wochen fortgesetzt werden darf, wobei der Kranke von Tag zu Tag mehr herabkommt und die pathologischen Producte an Zahl und Intensität zunehmen. Man könnte einwenden, dass der Verlauf der Syphilis so bösartig und rapid gewesen sei. Dagegen habe ich einen Beweis an der Hand, nämlich die rapide Besserung des Kranken, als ich das Regime der Behandlung aufgab und eine durch die Erfahrungen der Schule angepasste Therapie local und allgemein eingeleitet habe.»

Der Fall beweist abermals, was wir Aerzte übrigens schon längst wissen, dass das Curpfuscherthum an Ignoranz und Frechheit sich selbst überbietet und dass es endlich an der Zeit wäre, wenn solchem nichtswürdigen Gebahren staatlicherseits energisch an den Leib gerückt würde. Und da gibt es, leider auch in Oesterreich, einzelne Aerzte, d. h. rite promovirte Doctoren der Medicin, welche sich dem Naturheilverfahren zuwenden, es in ihrer Praxis ausüben und empfehlen, an solchen Anstalten als «Angestellte» wirken und an Geschimpfe gegen die Schulmedicin und deren officielle Vertreter mit den unwissenden Curpfuschern nur wetteifern! Solchen im Solde von Naturärzten stehenden Doctoren rufe ich ein energisches Pfui! zu, mögen sie sich schämen, die geehrten Collegen!

In derselben Sitzung der Gesellschaft der Aerzte sprach Docent Dr. Kretz über «Heilserumtherapie und Diphtherietod». Von 1989 Diphtheriekranken des Franz-Josefspitals in Wien starben 607, von welchen 472 vom Vortragenden secirt wurden. Interessant ist die pathologisch-anatomische Beobachtung, dass jetzt, wo die Diphtheriekranken mit Heilserum behandelt werden, der Befund von reinen, uncomplicirten und gangraenösen Fällen am Sectionstische immer seltener wird, wogegen die Zahl derer, die an den Folgeerscheinungen (Diphtherietod) zu Grunde gehen, hier stetig anwächst. Das Serum, welches die Kranken injicirt erhielten, bewirkt, dass sie den Herztod «erleben», wenn man so sagen darf. Zu den Folgeerscheinungen, welche das Ableben bei Diphtherie herbeiführen, zählt Kretz auch den Hydrocephalus. Im Uebrigen weist der Vortragende an der Hand seiner Statistik den günstigen Einfluss der Heilserumtherapie bei Diphtheritis nach.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 19. April 1898.

Jodarsen gegen Skrophulose.

Rousseau-St.-Philippe-Bordeaux bespricht die vorzüglichen Resultate, welche er seit 3 Jahren mit Jodarsen in 1 proc. Lösung, 5—20 Tropfen täglich, gegen die verschiedenen Formen von Skrophulose, wie chronisches Ekzem, Augenentzündungen, Darmkatarrhe, Oxyuren erzielt hat. Es wurde jede Localbehandlung unterlassen, ausser Waschungen mit abgekochtem Wasser und doch heilten die Dermatosen. Die Lösung des Mittels muss in kaltem Wasser geschehen, um eine theilweise Zersetzung der Mischung zu verhüten: hohe Dosen verursachen Intoleranzerscheinungen, wie Diarrhoe, Appetit-, Schlaflosigkeit, Aufregungszustände, es genügt, das Mittel dann einige Tage auszusetzen und es später in geringerer Dosis wiederzugeben. Manchmal sollen die Erfolge wunderbar sein.

Die Resection des Halssympathicus bei Epilepsie, Morbus Basedowii und Glaukom.

Jonnescu-Bukarest hat in 35 Fällen von Epilepsie, 5 von Morbus Basedowii und 7 Fällen von einfachem Glaukom diese Operation gemacht und dieselbe datirt in einem Theile der Fälle so weit, 1 Jahr und länger, zurück, dass man von Dauerresultaten sprechen kann. Von den 15 Epileptikern dieser Kategorie sind 9 geheilt, 4 gebessert und 2 unverändert. Bei den 5 Basedowkranken ist die Heilung eine vollständige, Struma, Exophthalmus, Tachycardie und alle Nebenerscheinungen sind verschwunden, was in zweien der Fälle bereits über 1½ Jahre anhält. Wichtig ist

für beide Krankheiten, die Resection der beiden obersten Halsganglien in toto und nicht partiell vorzunehmen. Die 7 Fälle chronischen Glaukoms gaben ebenfalls gute Resultate, sowohl was den Augentonus, wie das Sehvermögen betrifft, besonders bei dreien derselben, bei welchen schon vergebens die Iridectomie gemacht worden war, war der Zustand nach der Operation ein ausgezeichneter: die Spannung gefallen, das Sehvermögen vorzüglich.

Combemale-Lille sah ebenfalls ein ausgezeichnetes Resultat nach der Resection bei 1 Fall von Basedow; er hält dieselbe besonders dann für indicirt, wenn die Herzbeschwerden vorherrschend sind. St.

Aus den italienischen medicinischen Gesellschaften.

Società Lancisiana in Rom.

Sitzung vom 26. Februar 1898.

Marchiafava: **Tödtlicher Fall von Gastrorrhagie durch Zerreissen eines erbsengrossen Aneurysmas der Arteria gastro-epiploica sinistra.** Nach M.'s Angaben der zweite Fall dieser Art.

La Torre theilt drei Fälle einer **Pseudophlegmasia alba dolens** mit, bei welcher es sich nach seiner Ansicht um fluxionäre Hyperaemie zu den Genitalorganen und durch sie bedingtes collaterales Oedem handelt, welches die Gefässe und Nerven der Leistenbeuge comprimirt und das Bild einer Phlegmasia alba erzeugt. Es fehlt in diesen Fällen, wo es sich nicht um puerperale, auch nicht um Abortzustände handelt, ein localer Herd, es fehlt ein specifischer Infectionsträger und dafür, dass es sich auch nicht um latente Staphylo- oder Streptococcen handelt, spricht das vollständige Fehlen des Fiebers. Ruhe und expectative Behandlung führen schnell zur Heilung.

Akademie der Physiokritiker in Siena.

Sitzung vom 26. Februar 1898.

Colombini rühmt das **Protargol bei der Urethralblennorhoe** in 1/4—1proc. Lösung. Das Mittel dringt, weil es nicht durch Albuminate und Chlornatrium gefällt wird, bis in die tiefsten Falten der Schleimhaut vor; in kurzer Zeit verschwinden die Gonococcen, in 2 höchstens 3 Wochen die Secretion. Unverständiges Verhalten brachte wohl eine Vermehrung der Secretion wieder zu Stande, aber dieselbe erwies sich als frei von Gonococcen.

Marpurgo und Martini führten Knochenscheiben, welche ihrer organischen Substanz beraubt waren, in Bindegewebsbuchten ein. Sie erhielten für gewöhnlich in der Kalksubstanz eine Infiltration organischen Gewebes, welches in exacter Weise die Structur des Knochens darstellen soll und welche die Autoren eine Knochenneubildung aus Bindegewebe unter dem Einfluss der Kalksalze des Knochens annehmen lässt.

Medic.-chirurg. Gesellschaft zu Bologna.

Sitzung vom 4. März 1898.

Barbéra theilt seine Erfahrungen über die Gallenausscheidung mit, welche er an Hunden mit Gallenfisteln gemacht hat. Dieselben ergaben nach Einführung von Eiweisssubstanzen eine stärkere Gallenausscheidung als nach der Einführung der gleichen Menge von Fetten, sehr wenig Galle nach der Einführung von Kohlehydraten; dagegen ist die Gallenausscheidung nach Fetteinfuhr von längerer Dauer.

Die Anwesenheit von Harnstoff im Darmcanal und der Durchgang desselben durch die Leber auch in grossen Mengen ändert die Gallenausscheidung in keiner Weise. Der durch die Vena portae aufgenommene Harnstoff verlässt die Leberzelle durch die Centralvene des Lobulus, während die auf demselben Wege zur Leberzelle gelangende Galle von der Leberzelle in die Gallencanäle geht.

Die Harnsäureeinfuhr bewirkt nur dann eine vermehrte Gallenausscheidung, wenn sie durch die Verdauungssäfte in Urate verwandelt und durch die Vena portae der Leber zugeführt, von dieser in Harnstoff verwandelt wird. Hat sie sich im Darm nicht in Urate verwandelt, so wird sie in der Leber nicht verändert und bewirkt auch keine Vermehrung der Galle.

Die Theorie Barbéra's über die physiologische Bedeutung der Galle ist die, dass die Galle kein Secret der Leber ist und die Gallenausscheidung keine Function der Leber, sondern die Galle ist ein Abfallproduct der Leberzellen und ihre Production wie Ausscheidung ist abhängig von der Arbeit der Leberzellen.

Hager-Magdeburg N.

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

Behandlung der Kinderdiarrhoe mit sterilisirtem Wasser. Ausgehend von der Annahme, dass bei der primären Gastroenteritis der Kinder Keime von momentan erhöhter Virulenz im Darmcanale vorhanden sind, abnorme Fermentirung und in deren Folge saure Intoxitation hervorrufen, stellt Mongour (Bulletin médical, Nr. 20, 1898) in Bezug auf die Behandlung 2 Hauptforderungen auf: 1) möglichst schnell den Darm von den Gährungsproducten zu befreien und 2) ohne Rücksicht auf den Allgemeinzustand unaufhörlich das Nährsubstrat zu erneuern oder wenigstens dessen Antisepsis zu sichern. Die erste Indication wird durch Abführmittel, die zweite nach den Erfahrungen von M. am besten mit sterilisirtem Wasser erfüllt. Von den 16 Kindern, welche damit im Spital behandelt wurden, kamen drei bereits sterbend in dasselbe, die übrigen 13 genasen im Mittel nach 2—3 Tagen; das Erbrechen hörte in allen Fällen sofort auf. Das Wasser, welches zur Ernährung diente, wurde im Brutofen in Flaschen von 150 g sterilisirt, jedes der Kinder nahm 3—400 g per Tag, aber keinerlei Medicamente. Für die Anwendung in der Familie gibt M. ein einfaches Sterilisirverfahren an, dessen genaue Beschreibung in der Originalarbeit nachzusehen wäre; 12 Kinder im Alter von 2 Tagen bis 21 Monate wurden in dieser Weise ambulatorisch behandelt und wurden bis auf eines, welches schon moribund war, in durchschnittlich 3 Tagen geheilt; 27 Kinder aus der Privatpraxis, worunter 5 in sehr schlechtem Zustande, ergaben gar keinen Todesfall. Als Unterstützungsmittel dieser Wasserbehandlung können immerhin noch Injectionen von Aether, Coffein, Serum u. s. w. in Betracht kommen. Larger erinnert (Bulletin médical Nr. 24) im Anschluss an diese Veröffentlichung an eine Methode, welche er bereits seit 15 Jahren bei Kinderdiarrhoe anwendet. Die wahre Infectionsursache in der hochgradigen Acidität der Stühle sehend, kam er auf die Idee, Alkalien therapeutisch zu verwenden. Den Kindern, an der Brust genährt oder nicht, wird die Milch völlig entzogen und nur Vichywasser in grosser Menge (2—3—5 l per Tag) warm oder in Zimmertemperatur gegeben. Je mehr die Stühle an Säuregehalt verlieren, was durch Tournesol geprüft werden kann, desto mehr bessert sich der Allgemeinzustand. Die Wasserzufuhr bekämpft die Austrocknung der Organgewebe, welche man oft mit erschreckender Schnelligkeit bei der Kinderdiarrhoe beobachtet, und hebt als wahres «künstliches Serum» in beträchtlicher Weise den Puls. Nach 1—2—3 Tagen, wenn die Reaction der Stühle alkalisch geworden ist (Blaufärbung von Tournesol) kann man das Mineralwasser mit Milch versetzen und allmählich deren Menge erhöhen. St.

Zur Behandlung schmerzhafter Geschwüre der Cervicalportion. Im Journal de médicine de Paris vom 27. Februar wird von Lutaud die Anwendung eines Gemisches von

Tannin	4,0
Lycopodium	10,0
Europhen	20,0
Pulv. opii compos.	1,0

empfohlen. Dasselbe wird mit Hilfe des Speculums applicirt und durch einen Wattetampon fixirt. F. L.

Kreosot bei Ozaena. Ferreri wendet das Kreosot zur Behandlung der Ozaena seit 25 Jahren mit Erfolg an. Unverdünnt bewirkt es heftige Entzündungserscheinungen. Am besten hat sich ihm die folgende Formel bewährt:

Rp. Kreosot.	5,0
Alkohol. 70 proc.	10,0
Glycerin.	40,0.

Der Kreosotgehalt kann in hartnäckigen Fällen bis zu 50 Proc. gesteigert werden (Kreosot und Glycerin āā). (New-York Med. Journ. 19. März 1898.) F. L.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 24. Mai. Das k. b. Staatsministerium des Innern erlässt eine Bekanntmachung, betr. die medicinische Reisestipendien.) Gesuche um Verleihung solcher für das Jahr 1898 sind spätestens bis 15. September 1898 bei den einschlägigen Kreisregierungen, Kammern des Innern, einzureichen und müssen belegt sein:

1. mit einem Zeugnisse über die bestandene Approbationsprüfung nebst dem Nachweise über die erhaltene Note und deren Bruchtheile;

2. mit einem Zeugnisse über die Vermögensverhältnisse des Gesuchstellers und seiner Eltern;

3. mit einem Leumundszeugnisse.

Endtermin für den Reiseantritt: Ende des Jahres 1899.

— Geheimrath Koch ist nach anderthalbjähriger Abwesenheit von seiner Forschungsreise nach Südafrika, Indien und Ostafrika nunmehr nach Berlin zurückgekehrt.

— Gegen das im Process Seidel ergangene freisprechende Urtheil hatte die Staatsanwaltschaft in Braunschweig die Revision angemeldet. Wie jetzt gemeldet wird, beabsichtigt die Staatsanwaltschaft, die Revision nicht zu begründen, vielmehr das Urtheil rechtskräftig werden zu lassen.

— Pest. (Arabien.) In Djeddah ist laut einer Mittheilung vom 30. April seit dem 18. April ein neuer Fall nicht festgestellt worden. Insgesammt wurden seit dem 22. März 21 Erkrankungen und 26 Todesfälle beobachtet. — (Britisch-Ostindien.) In Karachi sind bis zum 20. April 195 Fälle gezählt worden; von den Kranken sind 129 gestorben. Die Seuche nimmt täglich zu. — (Egypten.) Einer Mittheilung vom 7. Mai zu Folge ist in Suez ein vereinzelter Pestfall vorgekommen.

— In der 18. Jahreswoche, vom 1. bis 7. Mai 1898, hatten von deutschen Städten über 40000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Zwickau mit 37,6, die geringste Bielefeld mit 9,1 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in M.-Gladbach, an Diphtherie und Croup in Münster.

— Die Commission, die zur Ertheilung des Stiebel-Preises für die beste in den letzten 4 Jahren (Mai 1894 bis Mai 1898) im Gebiete der Kinderheilkunde oder Entwicklungsgeschichte erschienene Arbeit von der Senckenberg'schen Stiftung in Frankfurt a. M. niedergesetzt wurde, hat Herrn Oberamtsarzt Dr. Camerer in Urach für seine 1894 erschienene Monographie: „Der Stoffwechsel des Kindes von der Geburt bis zur Beendigung des Wachsthumes meist nach eigenen Versuchen dargestellt" den Preis zuerkannt.

— Die Curverwaltung Franzensbad ersucht uns, darauf aufmerksam zu machen, dass von Franzensbad an andere Curorte kein Mineralmoor abgegeben wird.

— Der Bäderalmanach 1898, Mittheilungen der Bäder, Luftcurorte und Heilanstalten in Deutschland, Oesterreich-Ungarn, der Schweiz und den angrenzenden Gebieten, ist soeben in 7. Ausgabe (Verlag von Rudolf Mosse, Berlin) erschienen. Derselbe enthält die Originalprospecte von ca. 750 Curorten. Vorausgeschickt ist ein von Dr. Thilenius in Soden verfasster wissenschaftlicher Theil, in dem die Indicationen für Bäder bei den verschiedenen Organerkrankungen dargelegt sind. Ein ausführliches Sach- und Namenregister, sowie eine Karte, welche über die zu den Badeorten führenden Verkehrswege orientirt, erhöhen den Werth des Buches, das von dem Verlag von R. Mosse in dankenswerther Weise allen Aerzten gratis zugestellt wird.

— Von dem weitverbreiteten «Repetitorium der Chemie» von Arnold (Verlag von L. Voss in Hamburg, Preis 6 Mk.) ist die 8. Auflage erschienen. Das Buch nimmt bekanntlich besondere Rücksicht auf die für die Medicin wichtigen Verbindungen und auf das Arzneibuch.

(Hochschulnachrichten.) **Berlin.** Die Assistenten am Institut für Infectionskrankheiten Dr. H. Kossel und Dr. A. Wassermann haben den Professortitel erhalten. — **Bonn.** Der Titel Professor wurde verliehen den Privatdocenten Dr. Alb. Peters, Dr. Adolf Schmidt und Dr. Leonh. Jores. — **Jena.** An hiesiger Universität habilitirte sich Dr. Ernst Hertel aus Kösen als Privatdocent in der medicinischen Facultät.

(Todesfälle.) Dr. F. Halbertsma, Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie in Utrecht. Dr. J. L. Alonso, Professor der medicinischen Klinik in Salamanca.

In Kopenhagen starb Professor Friedrich Jacob Trier, einer der angesehensten Kliniker Dänemarks, 67 Jahre alt.

Correspondenzen.

Herr Prof. Erismann ersucht uns um Aufnahme folgender Zuschrift:

Das Feuilleton der No. 17 Ihrer geschätzten Zeitschrift enthält kritische Bemerkungen des Herrn Dr. J. Marcuse-Mannheim auf die Landmann'sche Broschüre über die Lösung der Cassenarztfrage. Ohne hier auf die von Dr. Landmann berührte Frage oder auf die Kritik des Herrn Dr. Marcuse dem Wesen nach einzutreten, möchte ich mir nur erlauben, durch Ihre Vermittlung an den letzteren Herrn einige Fragen zu stellen, weil in seinem Aufsatze auch meiner Arbeit über die landschaftliche Medicin in Russland (Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege, XXIX, H. 3), aus welcher Landmann einige Stellen citirt hatte, Erwähnung geschieht. Der betreffende Passus bei Dr. Marcuse lautet folgendermaassen:

«Diese Perspective, die sich dem ärztlichen Sein und Leisten (bei Verwirklichung der Landmann'schen Vorschläge) eröffnet, ist so unsagbar traurig, wie die Lage der in der Landmann'schen Arbeit angezogenen russischen Landschaftsärzte, die vom Katheder aus beurtheilt, wie Prof. Erismann es thut, vielleicht stolz, einer solchen Organisation angehören zu können, sein mögen, in Wirklichkeit aber für den Kenner russischer Verhältnisse das trostlose Bild eines unseligen Berufszweiges gewähren. Und wer sie kennen gelernt hat, wie Verfasser dieses, der weiss, unter welchen Entbehrungen und menschenunwürdigen Verhältnissen diese «Collegen» ihres Amtes walten, und welch' tiefe Verzweiflung einen grossen Theil von ihnen einnimmt.»

Da meine Ansicht über diese Sache der von Dr. Marcuse geäusserten diametral entgegengesetzt ist und ich mich gerne von einem «Kenner der russischen Verhältnisse« und speciell der Lage der russischen Landschaftsärzte, als welchen Dr. Marcuse sich dem Leser empfiehlt, belehren lassen möchte, so erlaube ich mir, an den Herrn Doctor folgende Fragen zu stellen:

1. Welche Gründe bewogen ihn, anzunehmen, dass ich die Lage der russischen Landschaftsärzte «vom Katheder aus» beurtheile?

2. Wo und unter welchen Umständen hatte er Gelegenheit, so gründlich mit den Verhältnissen dieser Aerzte bekannt zu werden, dass er sich entschliesst, dieselben in der obigen Weise zu schildern?

3. Wie soll man es verstehen, wenn Herr Dr. Marcuse die Landschaftsärzte nur zwischen Anführungszeichen als Collegen bezeichnet? Hält er sie etwa nicht für ebenbürtig den auf eigene Rechnung prakticirenden Aerzten?

Um schon hier Herrn Dr. Marcuse zu zeigen, dass er im Unrecht ist, wenn er glaubt, ich beurtheile die Sache «vom Katheder aus», und um auch bei Ihren Lesern keinen Zweifel daran aufkommen zu lassen, dass ich wirklich berechtigt bin, in dieser Frage mitzusprechen, will ich dem Gesagten nur noch beifügen: 1. dass ich 12 Jahre lang die Stelle eines Sanitätsarztes im Dienste der Moskauer Landschaft bekleidete und 17 Jahre hindurch Mitglied der Aerztecommission der Moskauer Landschaft gewesen bin; 2. dass ich an 10 Congressen der Landschaftsärzte des Gouvernements Moskau Theil genommen habe (die Arbeiten dieser Congresse werden Herrn Dr. Marcuse, als einem «Kenner russischer Verhältnisse», wohl bekannt sein); 3. dass ich die Ehre hatte, Präsident des Verwaltungsrathes der Gesellschaft russischer Aerzte zu sein, welche den Namen Pirogoff's trägt und an deren, alle 2—3 Jahre stattfindenden, grossartigen Versammlungen hunderte von Landschaftsärzten theilnehmen; 4. dass ich Mitglied einer Commission dieser Gesellschaft war, deren specielle Aufgabe darin bestand, die Organisation der landschaftlichen Medicin zu studiren, aus allen 34 Gouvernements des europäischen Russland, in welchen die landschaftlichen Institutionen eingeführt sind, einschlägiges Material zu sammeln und sodann dasselbe zu verarbeiten und herauszugeben, — eine Aufgabe, mit welcher sich die Commission eine Reihe von Jahren hindurch beschäftigte und welche sie durch Herausgabe eines 7bändigen Werkes über die landschaftliche Medicin in Russland gelöst hat.

Ich erwarte von Herrn Dr. Marcuse, dass er es mir nicht abschlagen werde, meine hier an ihn gerichteten Fragen kategorisch zu beantworten, und behalte mir vor, ihm dann, wenn er seine Berechtigung, in dieser Sache ein Urtheil zu fällen, nachgewiesen haben wird, entsprechend zu erwidern.

Mit ausgezeichneter Hochschätzung,

5. Mai 1898. Prof. Dr. F. Erismann-Zürich.

Hierzu bemerkt Herr Dr. Julian Marcuse-Mannheim: In meiner Kritik der Landmann'schen Broschüre war ich genöthigt, einer Arbeit des Herrn Professor Erismann über die russischen Landschaftsärzte Erwähnung zu thun, auf die Dr. Landmann als directes Vorbild seines Systemes der beamteten Cassenärzte exemplificirte.

Dies veranlasste mich, in wenigen Zeilen ein Resumé meiner Anschauungen über diese Frage zu geben, die zu meinem Bedauern von Herrn Professor Erismann völlig missverständlich aufgefasst worden sind. Ich habe nicht im Entferntesten beabsichtigt, gegen ihn wegen seines Standpunktes in dieser Frage einen Vorwurf zu erheben oder die Collegen, die als Landschaftsärzte in Russland prakticiren, als nicht ebenbürtig zu bezeichnen, gegen den Ersteren schon um deswillen nicht, weil ich seine verdienstvolle und unerschrockene Thätigkeit um die Hebung cultureller Verhältnisse im russischen Reiche genugsam kenne, gegen die Letzteren nicht, weil ich weiss, welch' edle und selbstlose Menschen, wie sie in diesem Maasse eben nur Russland hervorzubringen im Stande ist, diese Landschaftsärzte sind! Herr Professor Erismann wird nach diesen meinen, aus voller Ueberzeugung geschöpften Worten es mir wohl erlassen, eine weitere Definition des Wortes «Katheder» oder der «Anführungszeichen» ihm zu geben.

In der Sache selbst bin ich jedoch gezwungen, voll und ganz bei dem zu verharren, was ich gesagt habe. Nach meinen persönlichen Informationen und Kenntnissen von der Lage der russischen Landschaftsärzte, die auf Jahre zurückgehen und in der engsten Verbindung mit dem Lande und den dort amtirenden Aerzten bestehen, ist die Lage derselben eine unsagbar traurige und menschenunwürdige!

Vom Standpunkt des Forschers, der über das persönliche Individuum hinausblickend, die gewaltigen Fragen der Cultur zu lösen bestrebt ist, mag die Einführung der Landschaftsärzte eine That von weittragender Bedeutung und culturellen Fortschrittes sein, vom Standpunkt des Menschen und der socialen Stellung des Arztes jedoch bleibt der Beruf des Landschaftsarztes ein bedauernswerther und trostloser.

Von der Cultur und geistigem Verkehr durch ungeheuere Entfernungen getrennt, zur Bedürfnisslosigkeit in weitestem Umfange gezwungen, in aufreibendster Thätigkeit vom frühen Morgen bis zur späten Nacht durch endlose Strecken, von denen der Westeuropäer keine Ahnung hat, gehetzt, mit kärglichstem Lohne besoldet — das ist das Lebensbild des russischen Landschaftsarztes. Tagereisen weit von der Eisenbahn und grösseren Städten fehlt jede geistige Vermittlung, fehlen Menschen, mit denen man seine Gedanken austauschen kann, dienen Bauernhäuser oft als Wohnung des Arztes — Bauernhäuser im russischen Sinne in ihrer ganzen elenden Dürftigkeit und Armuth — selbst Abwechselung in der Nahrung fehlt, weil nur alle Woche oder Monat einmal Gelegenheit geboten ist, in Verbindung mit einer Stadt zu treten, kurzum alle Lebens- und Culturbedürfnisse, wie sie der gebildete Mensch braucht, will er nicht verkümmern, sind auf ein Minimum herabgedrückt! Furchtbare Entfernungen — es gibt Bezirke eines Arztes, die 100 bis 150 und noch mehr Kilometer

umfassen, die er event. bei Schwerkranken täglich zurücklegen muss — eine ungeheure Seelenzahl, auf einzelne Aerzte treffen 300—400 Dörfer mit 50, 60 ja 70 000 Seelen, die er in Krankheitsfällen zu behandeln hat, dabei die elendesten Wege, die im Winter oft nur mit Lebensgefahr und unter furchtbaren Entbehrungen und Mühseligkeiten zu passiren sind, und Besoldungen mit 800 Rubel, das sind ca. 1750 Mk., beginnend und im günstigsten Fall nach langjähriger Thätigkeit auf 1600 Rubel, das sind ca. 3500 Mk., steigend, sind die ausgleichenden Momente der Berufslasten!! Unbedingter Zwang zur unentgeltlichen Hilfeleistung an alle zum Semstwo gehörigen Inwohner, ob arm, ob reich, keine Pensionsberechtigung, keine Privatpraxis, so lebt der russische Landschaftsarzt mit Weib und Kindern dahin! Und Herr Professor Erismann wird gestatten, dass ich ihn selbst zur Bestätigung meiner Angaben citire!

In seiner schon angeführten Arbeit «Die Entwicklung der landschaftlichen Medicin in Russland» schreibt er S. 383:

«Das russische Dorf konnte den Arzt früher nicht ernähren und kann es auch heute noch nicht, und wenn es im grossen russischen Reich einige wenige Aerzte gibt, die sich auf eigene Faust im Dorfe niederlassen, so sind dies Asceten, die ihre Bedürfnisse auf ein Minimum reducirt haben oder Leute, die im Dienste einer Idee leben, und in dieser Weise sich dem Volkswohl opfern wollen.» Und weiter: «Auch dies — es handelt sich um die Einführung des Systems der Landschaftsärzte — war keine leichte Arbeit und es gehörte keine geringe Selbstaufopferung dazu, gleichsam in eine freiwillige Verbannung zu gehen und sich an einem Orte niederzulassen, wo man oft weit und breit auf keinen gebildeten Menschen stiess, und wo überhaupt nichts, was dem Geiste Nahrung bieten könnte, zu finden war.» — Dies trifft völlig auch heute zu.

(Seite 399.) «Was die Wohnungen der Aerzte betrifft, so müssen die Letzteren leider oft noch mit unbequemen Räumlichkeiten, wie sie auf dem Dorfe — man vergesse nie den ungeheuren Unterschied zwischen einem westeuropäischen und einem russischen Dorfe (Anm. von Dr. Marcuse) — zu finden sind, vorlieb nehmen.» Ferner: «In vielen, namentlich in den in der östlichen Hälfte Russlands gelegenen Gouvernements bilden die ungeheuren Dimensionen der Kreise bei relativ dünner Bevölkerung ein grosses und schwer zu beseitigendes Hinderniss für die gedeihliche Entwicklung der landschaftlichen Medicin.»

(Seite 400.) «Und während in Centralrussland zu einem Krankenhause — die Semstwos haben am Domicil des Arztes Krankenhäuser, die aber oft nur in einem gewöhnlichen Bauernhause sind, ohne den geringsten Anspruch an den Namen, den sie führen, zu haben (Anmerkung von Dr. Marcuse) — oft nur etwa 100 Dörfer mit ca. 20 000 Einwohner zuständig sind, so umfasst im Osten und Nordosten der Rayon eines Arztes nicht selten 300 oder 400 Dörfer oder mehr mit 50—60 000 Einwohnern.»

Sind das nicht für unsere Begriffe ungeheuerliche Verhältnisse? 20 000 bis 50 000 und mehr Einwohner, durch ungeheure Entfernungen von einander getrennt, auf einen Arzt, der im günstigsten Falle von ein paar ihm zugewiesenen Feldscheerern unterstützt wird? Und solche Bezirke mit dieser Einwohnerzahl, bei denen der Arzt oft auf 10 000 Nummern im Jahr kommt, finden wir in den Gouvernements Jekaterinoslaw, Cherson, Taurien, Kamenez Podolsk, Kostroma, Wjatka und anderen mehr!

Beim Durchblättern des Wratsch, eines der bedeutendsten ärztlichen Fachorgane Russlands, finde ich zur Illustrirung meiner Schilderungen folgende Inserate:

No. 17 vom 24. IV. 1897: Der Kineschma Kreissemstwo des Gouvernements Kostroma sucht einen Arzt. Bedingungen: 850 Rubel pro Jahr, freie Wohnung, freies Fahrgeld.

No. 12 vom 21. III. 1898: Der Solwytschegodskoje Semstwo sucht einen Arzt, der mindestens schon 3 Jahre als Semstwoarzt thätig war, für ein Krankenhaus mit 15 Betten; der Kreis besteht aus 9 Amtsbezirken. Die längste Strecke vom Krankenhaus des Kreises beträgt 145 Werst, das sind 145—150 Kilometer. Gehalt 1500 Rubel, Fahrgeld extra!

In der gleichen Nummer: Der Ljubimer Bezirkssemstwo sucht einen Arzt für das Semstwokrankenhaus mit Jahresgehalt von 1000 Rubel, ohne freie Wohnung; Fahrten zu Zeiten von Epidemien auf Verlangen des Semstwo haben auf Kosten des letzteren zu geschehen (d. h. wohlverstanden nur die Kosten der Fahrt, ohne Erhöhung des Honorares oder Extragratification).

Solche Verhältnisse nenne ich menschenunwürdig, weil, während sie auf der einen Seite die höchste Anspannung der Körper- und Geisteskräfte und die grössten Entbehrungen verlangen, auf der anderen Seite einen Entgeld gewähren, der nur in seinen äussersten Beziehungen zum Leben reicht, vor materiellen Sorgen nicht schützt und die Zukunft, wo Alter und Krankheiten auftreten, in einem trostlosen Ausblick erscheinen lässt!

Herr Prof. Erismann wird hoffentlich meinen Befähigungsnachweis für die Beurtheilung russischer Verhältnisse erbracht sehen, ohne dass ich kategorisch Antwort auf Frage gesetzt hätte — dass er von meiner Anschauung differirt, rührt wohl von dem verschiedenen Standpunkt her, von dem aus wir die Sache betrachten. Er vom Standpunkt des Forschers, ich von dem des Arztes, der zur Hebung der socialen Lage seines Berufszweiges seine volle Kraft einsetzen möchte! Nichts mit uns beiden gemeinsam hat Derjenige, der Herrn Professor Erismann und mich in die Arena geführt hat, Herr Dr. Landmann, dessen einziges Streben nur die Verunglimpfung und Herabsetzung des ärztlichen Standes zu sein scheint!

Die Aerzteschaft des Thermal- und Soolbades Oeynhausen in Westfalen ersucht uns um Aufnahme nachstehender Notiz:

Wir bitten die auswärtigen Herren Collegen, bei gegebener Gelegenheit darauf zu achten, dass des Gebrauch des früheren Namens Rehme für unseren Badeort zu Missverständnissen der verschiedensten Art führen kann, und thatsächlich schon öfter geführt hat. Rehme ist ein Dorf, das eine halbe Stunde Weges von Bad und Stadt Oeynhausen entfernt liegt und keine Heilquellen besitzt. Das Bad verdankt diesen alten Namen nur dem Umstande, dass das Gebiet, auf dem die erste Thermalquelle erbohrt wurde, ursprünglich zur Gemeinde Rehme gehörte. Schon im Jahre 1848 erhielt das Bad nach seinem Begründer den Namen Oeynhausen und im Jahre 1859 erfolgte der Eintritt Oeynhausen's in die Reihe der Stadtgemeinden. Trotzdem will der Name Rehme aus den Lehrbüchern, Druckheften, Zeitschriften und Versammlungsberichten immer noch nicht verschwinden. Seitdem das Dorf Rehme Poststation geworden ist, treten Missverständnisse und Verwechselungen noch häufiger in Erscheinung, als früher, da Postsendungen, die nach Oeynhausen geschickt werden sollen, aber mit der Aufschrift Rehme versehen sind, zurückgehen, bezw. vernichtet werden. Im allgemeinen Interesse liegt es daher, wenn wir die Herren Collegen ersuchen, mündlich und schriftlich sich ausschliesslich des Namens Oeynhausen zu bedienen.

Die Aerzte des Königl. Bades Oeynhausen.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Dr. Heinrich Heinewetter, approb. 1897, in Trabelsdorf, B.-A. Bamberg II. Dr. Drnst Marquardsen, appr. 1890/91, zu Bad Kissingen. Dr. August Blencke, appr. 1896, zu Loden (Bad Sodenthal), B.-A. Obernburg. Dr. Ludwig Bach, Augenarzt, appr. 1889, zu Würzburg. Dr. Johann Poppel, appr. 1891, in Neuburg a. D.

Verzogen: Paul Reinhold, appr. 1892, von Trabelsdorf nach Eltmann. Dr. Max Löffler von Neuburg a. D. nach Arnstorf, B.-A. Eggenfelden.

Ernannt: Der prakt. Arzt Dr. Joseph Fuchs in Mainburg zum k. Bezirksarzt I. Cl. in Teuschnitz.

Erledigt: Die Bezirksarztstelle I. Cl. in Stadtsteinach. Bewerber haben ihre Gesuche bei der ihnen vorgesetzten kgl. Regierung, Kammer des Innern, bis 28. Mai l. Js. einzureichen.

Auszeichnung: Dem k. Obermedicinalrath Hofrath Dr. Max Braun, Leibarzt Ihrer Kaiserl. und Königl. Hoheit der Prinzessin Gisela von Bayern, wurde der Verdienstorden vom heiligen Michael III. Classe verliehen.

Befördert im Beurlaubtenstande zu Assistenzärzten 2. Classe: in der der Reserve die Unterärzte Dr. Friedrich Mühlhausen, Maximilian Betz, Arthur Tripke und Oskar Liebermann (I. München), Dr. Karl Schelter (Nürnberg), Konrad Koch (Erlangen), Dr. Rudolf Link, Dr. Hans Stengel, Dr. Walther Berger, Dr. Georg Walter und Dr. Leo Mohr (Würzburg), Dr. Karl Schneider (Landau); in der Landwehr 1. Aufgebots den Unterarzt Dr. Walther Kurths (I. München).

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 19. **Jahreswoche** vom 8. bis 14. Mai 1898.

Betheil. Aerzte 426. — Brechdurchfall 12 (23*), Diphtherie, Croup 12 (21), Erysipelas 13 (16), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (1), Kindbettfieber 5 (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 12 (12), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 8 (9), Parotitis epidem. 3 (8), Pneumonia crouposa 12 (8), Pyaemie, Septicaemie — (1). Rheumatismus art. ac. 24 (38), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 10 (12), Tussis convulsiva 39 (26), Typhus abdominalis 1 (—) Varicellen 7 (10), Variola, Variolois — (—). Summa 160 (186).

Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 19. Jahreswoche vom 8. bis 14. Mai 1898.

Bevölkerungszahl: 430 000.

Todesursachen: Masern — (*—), Scharlach 2 (2), Diphtherie und Croup — (4), Rothlauf — (1), Kindbettfieber 1 (—), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall 8 (5), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 5 (2), Croupöse Lungenentzündung 4 (2), Tuberculose a) der Lungen 31 (29), b) der übrigen Organe 12 (7), Acuter Gelenkrheumatismus — (1), andere übertragbare Krankheiten 5 (6), Unglücksfälle 4 (1), Selbstmord 2 (1), Tod durch fremde Hand 1 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 215 (211), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 26,0 (25,5), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 17,0 (16,3), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 15,5 (14,8).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.